LE CANCER ÉPITHÉLIAL CHEZ LES JEUNES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 3 Mars 1906

PAR

Gabriel MARTIN

Né à St-Paul (Ile de la Réunion), le 4 juillet 1880

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE Gust. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1906

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✱) . . . . Doyen
TRUC . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✱)
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (✱)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (✱).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (✱).
Clinique ophtalmologique.	TRUC.
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeur adjoint : M. RAUZIER
Doyen honoraire : M. VIALLETON.
Professeurs honoraires :
MM. JAUMES, PAULET (O. ✱), E. BERTIN-SANS (✱), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	RAUZIER, prof. adjoint
Pathologie externe	JEANBRAU, agrégé
Pathologie générale	RAYMOND, agrégé
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, Ag. libre
Accouchements.	PUECH, agrégé lib.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. VEDEL	MM. SOUBEIRAN
RAYMOND	JEANBRAU	GUERIN
VIRES	POUJOL	GAGNIERE
	ARDIN-DELTEIL	GRYNFELTT Ed.

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la Thèse

MM. FORGUE, *président*.	JEANBRAU, *agrégé*.
CARRIEU, *professeur*.	SOUBEIRAN, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A TOUS CEUX QUE J'AIME

G. M.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR FORGUE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE L'ORDRE DE LA LÉGION D'HONNEUR

Hommage de la reconnaissance et du respect d'un élève.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR CARRIEU

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

En gage de mon profond respect et de ma vive gratitude pour toute la bienveillance qu'il n'a cessé de me témoigner.

G. M.

A MONSIEUR F. JADIN

DOCTEUR ÈS-SCIENCES

PROFESSEUR A L'ÉCOLE SUPÉRIEURE DE PHARMACIE

Témoignage de profonde estime.

A MM. LES DOCTEURS JEANBRAU ET SOUBEIRAN

PROFESSEURS AGRÉGÉS A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

G. M.

LE
CANCER ÉPITHÉLIAL
CHEZ LES JEUNES

CHAPITRE PREMIER

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Le rôle de l'âge dans l'étiologie du cancer a été diversement interprété suivant les auteurs et les époques. Ces variations ne sont pas pour étonner si l'on songe aux manières bien différentes dont le mot lui-même a été compris.

Dans son acception primitive, il désignait tout ce qui était tumeur maligne et son étymologie même (καρκινος, crabe) faisait image et évoquait bien l'idée d'un parasite cramponné à une proie qu'il dévore lentement. Mais en le faisant ainsi synonyme de tumeur maligne, on comprenait sous ce mot les sarcomes aussi bien que les épithéliomes, et bien que parfois les premiers fussent appelés cancer des jeunes, les seconds étant alors désignés sous le nom de cancer tout court, la confusion n'en était pas moins inévitable.

Pour certains auteurs même, ce terme était encore plus compréhensif et englobait tous les cas d'ulcères plus ou moins torpides, depuis l'ulcération tuberculeuse jusqu'aux gommes

syphilitiques. L'on conçoit donc combien, pour pouvoir apprécier sainement l'influence d'un facteur étiologique, qu'il s'agisse d'âge ou de tout autre élément, il était indispensable de s'entendre d'abord sur cette question de mot, aujourd'hui surtout que l'anatomie pathologique permet le démembrement et la classification rationnelle des tumeurs malignes. Malheureusement le terme de ce cancer était si ancien et si répandu, et en quelque sorte si traditionnellement inséparable de la notion de malignité, que les auteurs, pour essayer de lui donner une signification histologique et l'appliquer aux seules tumeurs épithéliales, se heurtèrent à trop forte partie et ne réussirent qu'à créer une confusion de plus.

Cette confusion d'ailleurs se retrouve dans la plupart des ouvrages classiques, et la presque totalité des statistiques publiées sur le rôle de l'âge dans l'étiologie du cancer s'étendent à toutes les tumeurs malignes, qu'elles soient d'origine conjonctive ou au contraire d'origine épithéliale. Aussi est-il impossible, pour se faire une opinion sur le sujet, de prendre pour base pareils éléments.

En fait, s'il est une idée bien répandue, c'est évidemment celle qui tend à faire du cancer épithélial l'apanage de la vieillesse, une maladie de l'âge avancé. Les auteurs classiques ne sont pas sans doute très affirmatifs à ce sujet. Gendrin, dans sa thèse d'agrégation, soutenait bien qu'on ne rencontrait jamais le cancer dans la jeunesse ; mais les auteurs qui suivirent admettent le cancer des jeunes et certains lui accordent une réelle importance, soit que les statistiques mal établies, dont nous avons parlé tout à l'heure, aient influencé leur manière de voir, soit qu'ils fassent une concession à cette loi : qu'il n'est rien d'absolu en médecine et qu'il n'y a pas de règles sans exceptions ; — mais lorsqu'ils pénètrent plus avant dans le sujet et qu'ils abandonnent les généralités et les détails étiologiques, ils acceptent tous, comme un axiome irréfutable,

l'impossibilité du cancer chez les jeunes, et, arrivés au chapitre du diagnostic, c'est toujours la notion d'âge qui vient trancher les questions embarrassantes. Cette opinion, qui ne se trouve nulle part nettement exprimée, découle cependant de la lecture des ouvrages classiques ; de là des étonnements et des erreurs : on repousse l'idée de cancer quand le sujet est encore jeune et on remet à une date ultérieure, trop souvent tardive, l'extirpation qui, aujourd'hui encore, est le seul traitement de la terrible maladie, encore que les résultats obtenus soient maintes fois bien illusoires.

D'autre part, n'a-t-on pas à se demander si la fréquence du cancer chez les jeunes était autrefois aussi grande qu'aujourd'hui, et Verneuil n'avait-il pas raison quand il disait à notre maître, M. le professeur Forgue, que les cas de cancer devenaient de plus en plus nombreux, et que pour cette maladie la limite d'âge est bien abaissée ? Question angoissante, mais à laquelle il est bien difficile de répondre, puisqu'on ne peut apporter à l'appui ou à l'encontre de l'une ou l'autre thèse aucun chiffre, le seul argument concluant en l'espèce. Nous devons ajouter cependant que deux auteurs anglais, Taylor et Francis, ont, il n'y a pas longtemps, dans un rapport sur les recherches de l'*Imperial Cancer Research Fund*, admis « qu'il est inexact que la fréquence du cancer augmente avec l'âge, à partir de 10-15 ans, âge qui donne les chiffres les plus faibles ; les chiffres de 5-10 ans sont plus faibles que ceux de 10-15 ans. Mais il n'est pas prouvé du tout qu'en général dans l'espèce humaine, le cancer augmente de fréquence ; c'est une illusion qui tient aux défauts des statistiques ». Et ils ajoutent : « Une bonne statistique ne peut être établie que sur un recensement médico-chirurgical avec examen microscopique à l'appui interprétée avec l'aide des staticiens de métier. Les chiffres recueillis par voie administrative, par exemple à

l'occasion d'un recensement national, puis élaborés, d'autre part, par des médecins, ne peuvent avoir d'inexactitude. »

Quoi qu'il en soit, nous pensons avoir suffisamment montré la nécessité de s'entendre sur la signification du mot *cancer,* et l'inanité de la plupart des statistiques établies sans le contrôle de la vérification anatomique.

Dans notre travail, nous rapporterons quelques-unes de ces observations malheureusement trop nombreuses où la jeunesse du sujet vient rendre encore plus tragique l'évolution de l'inexorable maladie. Nous n'aurons en vue que le *cancer épithélial jusqu'à* 30 *ans*. Cette limite, de prime abord, paraît être un peu arbitraire ; mais nous pensons que les néoplasies épithéliales se rencontrent assez fréquemment jusqu'à cet âge pour qu'il faille compter avec elles lorsque se pose le diagnostic, tandis qu'au-dessus de 30 ans, les cas de cancer sont, il faut bien l'avouer, de beaucoup plus nombreux.

D'autre part, nous limiterons notre étude au cancer de l'utérus, de l'intestin, de la langue et de la face, non pas que les observations d'autres localisations nous manquent, mais parce que ce sont là les régions du corps les plus souvent atteintes, quel que soit l'âge du sujet. Systématiquement, nous écarterons les tumeurs du sein ; nous pourrions, il est vrai, apporter à ce sujet un grand nombre de documents, mais qui seraient entachés d'erreur, tant ici le diagnostic, même anatomique, est souvent difficile, tant les transitions sont ménagées entre l'adénome et l'épithéliome, et il serait alors facile de nous reprocher de faire entrer dans le second genre de tumeur ce qui appartient incontestablement au premier.

Nous étudierons successivement :

L'Etiologie ;

L'Anatomie pathologique ;

La Symptomatologie ;

Le Diagnostic ;

Le Pronostic et le Traitement.

essayant de mettre en relief à propos de chacun de ces chapitres, les particularités qui caractérisent le cancer épithélial chez les jeunes.

CHAPITRE II

CONSIDERATIONS ETIOLOGIQUES

Il est facile de comprendre combien il serait important, pour établir le rôle exact de l'âge dans l'apparition du cancer, d'être fixé d'une façon certaine sur la nature même de la maladie ou tout au moins sur l'ensemble des conditions qui en favorisent l'éclosion. Malheureusement, dans l'état actuel de nos connaissances, la solution de ces problèmes passionnants à plus d'un titre nous est totalement inconnue, et nous sommes forcés de nous en tenir aux hypothèses dont le nombre prouve l'incertitude.

Cependant il ne nous paraît pas inutile d'envisager quel rôle est donné à l'âge dans les diverses théories les plus en honneur. L'on sait que ces théories donnent au cancer une origine : héréditaire, traumatique, congénitale ou infectieuse.

Il semblerait peut-être, à un examen superficiel, qu'hérédité et congénitalité ne peuvent s'accorder avec l'apparition des tumeurs à un âge avancé. Un peu de réflexion nous montrera qu'il y a là une erreur grossière.

Nous connaissons nombre de maladies dans l'étiologie desquelles l'hérédité joue un rôle bien établi et qui cependant se révèlent tardivement : la goutte, la gravelle, toutes les maladies par ralentissement de la nutrition sont des maladies de l'âge adulte. Aussi bien nous savons qu'un certain nombre d'auteurs, frappés du rôle de la diathèse dans l'étiologie du can-

cer, ont cherché à le faire entrer dans la grande famille de l'arthritisme.

Le premier signe d'une lésion congénitale peut également n'attirer l'attention que bien après la naissance : les kystes dermoïdes de l'ovaire pour lesquels cette pathogénie est nettement et universellement reconnue, ne sont pas uniquement maladies de jeunes femmes. Ainsi donc faire du cancer une affection héréditaire, comme le veut Hallopeau, ou une lésion congénitale, comme le prétendait Conhein, ne préjuge en rien de l'âge auquel il apparaît de préférence.

Bien plus, l'âge avancé serait pour Le Gendre la cause occasionnelle qui déterminerait l'éclosion des tumeurs préparée par l'hérédité ou l'inclusion fœtale. A ce moment de la vie, en effet, « l'équilibre de nutrition entre les éléments cellulaires des différents tissus constitutifs d'un organe, qui est maintenu physiologiquement par l'action trophique du système nerveux, est rompu au profit des germes cancéreux inclus, parce que le système nerveux mal irrigué (athérome) n'accomplit plus son rôle régulateur. » (Le Gendre, *L'Hérédité et la Pathologie générale*, in *Path. gén. de Bouchard,* p. 329.)

A l'encontre de cette opinion nous rapporterons celle qui veut que dans les cas où le cancer a une origine héréditaire le néoplasme soit souvent plus précoce. C'est ainsi que dans la statistique de Moore, cité par Reclus, sur 101 faits, le cancer héréditaire s'est montré 79 fois chez des enfants qui n'avaient pas encore cinq ans.

Le traumatisme aussi est souvent relevé par les malades plus encore que par les médecins à l'origine des tumeurs : mais jamais il n'a été considéré comme la cause efficiente du cancer, ce qui rendrait la plus grande fréquence à un âge avancé absolument incompréhensible. Tous le considèrent seulement comme la cause déterminante, l' « insulte », pour employer l'expression de Le Gendre, qui déclanche le processus

carcinomateux dans un terrain préparé par tout autre facteur.

Enfin aujourd'hui la nature infectieuse du cancer est de toutes les théories celle qui est regardée avec le plus de bienveillance. Il suffit de se rappeler, pour en être convaincu, avec quel enthousiasme furent accueillies les communications de Doyen sur le *micrococcus neoformans*, qui peu après sa découverte allait rejoindre les innombrables microorganismes soi-disant pathogènes du cancer. Quels que soient les arguments que l'on fasse valoir pour établir cette origine, il ne pourra être question de savoir le rôle exact de l'âge dans l'étiologie du cancer qu'au moment où l'on aura isolé, cultivé, inoculé le microorganisme spécifique. Ce jour est encore loin, si, comme le soutient dans l'Ecole de Montpellier depuis 1898 M. le professeur Bosc, l'agent pathogène du cancer est un sporozoaire.

Quoi qu'il en soit, il nous faut retenir ce fait, c'est que l'apparition du cancer chez les jeunes peut s'expliquer par un certain nombre de raisons étiologiques qu'il est malheureusement difficile de démêler dans la clinique courante :

1° L'hérédité, si l'on en croit Moore, aurait pour effet de diminuer la résistance de l'organisme et de permettre au cancer de se développer à un âge peu avancé ;

2° La diathèse arthritique modifierait le terrain de telle façon qu'un germe inclus dès la vie utérine dans l'intérieur de l'organisme est à même de se développer avant que l'involution sénile ait accompli son œuvre dystrophique ;

3° Le traumatisme surtout lent et répété peut jouer le même rôle.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs malignes de nature épithéliale qu'on observe chez les jeunes n'ont pas, au point de vue anatomo-pathologique, une forme et une structure bien spéciales. Leur seule caractéristique semble résider dans ce fait, à savoir une moindre participation du tissu conjonctif opposée à la prédominance plus marquée de l'élément épithélial.

Le seul cas d'épithéliome de la face que nous ayons rencontré répond justement à la forme la plus commune, comme aussi la plus rapide d'allures ; c'est un *cancroïde* vulgaire, développé chez une jeune femme de 22 ans et siégeant un peu au-dessous de l'angle interne de l'œil. Au microscope, on en a du reste retrouvé les lésions typiques, celles qui caractérisent l'épithéliome pavimenteux à globes épidermiques.

De même, *à la langue*, c'est l'épithélioma classique, celui qui se développe aux dépens des couches profondes de l'épithélium de la muqueuse. La manifestation première en est variable : c'est par une petite tumeur située dans l'épaisseur même de la muqueuse que se fait le début, ou encore par une crevasse, une fente, une hypertrophie papillaire limitée à la surface. Au cours du développement de la tumeur, son sommet s'ulcère, et l'ulcération revêt la forme d'une excavation de plus ou moins grande étendue, fongueuse parfois et à bords ren-

versés au dehors. Parfois aussi l'ulcération est plate, témoin le cas observé par M. le professeur Forgue et que nous rapportons plus loin. A sa surface, on note à la fois des bourgeons et des points anfractueux. Les bords en sont irréguliers, durs à la palpation. Le plancher buccal ne tarde pas à participer à la lésion : la région sous-maxillaire se tuméfie, les ganglions s'engorgent, se ramollissent et à leur niveau la peau s'amincit en même temps qu'elle prend une teinte rouge caractéristique. Il convient cependant de faire remarquer que dans l'observation publiée par Variot, le 26 avril 1894, dans le *Journal de clinique et de thérapeutique infantile,* la muqueuse buccale est toujours restée saine et qu'on n'a jamais noté de tuméfaction du côté des ganglions sous-maxillaires. Ajoutons enfin que la lésion est généralement unilatérale et qu'elle se développe sur le côté de l'organe qui semble le plus prédisposé, sans qu'on puisse dire pourquoi, sur le côté gauche.

Du côté de *l'utérus*, il nous faut examiner successivement les altérations anatomiques qu'on observe dans sa portion corporelle et celles de la portion cervicale, et bien entendu nous ne nous occuperons ici que des seules lésions de la muqueuse.

Au corps, la tumeur se présente dans la plupart des cas sous forme d'une masse villeuse, diffuse, ou encore elle revêt l'aspect d'un fongus plus ou moins circonscrit, offrant quelque ressemblance avec certains polypes muqueux. A l'examen macroscopique, le col est indemne et le néoplasme s'arrête à l'orifice interne du canal cervical. L'utérus est augmenté de volume, plutôt en largeur qu'en hauteur ; c'est l'utérus ventru, qui rappelle la matrice au 4ᵉ ou au 5ᵉ mois de la gestation. Ses dimensions sont variables, de la grosseur du poing à celle d'une tête de fœtus, et parfois même peuvent devenir quatre fois plus grandes que les dimensions normales. Sa consistance est ferme, résistante. La forme diffuse, en nappe, celle qui envahit en surface la plus grande partie de la muqueuse,

nous la retrouvons dans l'une des deux observations qu'il nous a été donné de recueillir (obs. V). En effet, le col est ouvert, mais normal, sans granulation, ni érosion. L'utérus est gros, élargi, mobile, les annexes semblent sains. Le doigt, une fois introduit dans le col, ne sent rien dans la portion sous-isthmale, mais au-dessus de l'isthme il constate des végétations mollasses, avec points durs à leur base. Au moyen d'un curettage on extrait des blocs grisâtres, faciles à déchirer. L'examen microscopique qu'on peut alors pratiquer y décèle des cellules épithéliales, cellules cubiques ou cellules irrégulières à gros noyaux, formant de véritables boyaux disséminés, en somme toutes les lésions caractéristiques du carcinome utérin. Dans cette autre observation, publiée à la Soc. Anatomique en 1887 par Mlle Plumke, les lésions sont à peu près identiques, encore que nous n'ayons plus affaire ici à une forme diffuse, mais circonscrite, pédiculée. L'utérus est toujours augmenté de volume, sa cavité dilatée, mais au fond même de l'organe, s'insérant par une large base d'implantation, on note la présence d'une tumeur, grosse à peu près comme une noix, d'apparence polypeuse, et recouverte par la muqueuse ayant gardé son aspect normal. Apres raclage de la surface de section de cette tumeur, suc épais, lactescent, un peu teinté de rouge et où le microscope révèle la présence de très nombreuses cellules ayant une forme, un volume et des dimensions variables. Les unes sont nettement cylindriques, les autres cubiques et polyédriques, celles-là fusiformes, celles-ci enfin aplaties et sphériques. Leurs noyaux sont fortement colorés par le carmin ; ils sont lisses et occupent tantôt le centre de la cellule, tantôt la périphérie où ils ont été repoussés par la masse colloïde qui remplit le corps cellulaire. Sur une coupe plus mince on rencontre une trame formée de tractus conjonctifs entrecroisés et contenant des cellules de

forme et de volume variables, trame très serrée, très dense, d'autant plus dense que l'on se rapproche du muscle utérin.

Au fur et à mesure de son développement, la tumeur tend à se propager ; mais cette propagation se fait rarement vers le col et les annexes. On note plutôt des fusées vers le ligament large, ce qui acquiert de l'importance pour le diagnostic opératoire. On a relaté aussi l'envahissement des organes abdomino-pelviens, de la vessie, de l'uretère, du rectum et surtout du péritoine. De même il convient de signaler les noyaux à distance, dans le foie, la rate, les plèvres et le poumon, comme en témoigne l'observation de Mlle Plumke dont nous avons déjà parlé. Enfin le vagin peut être aussi atteint secondairement ; nous en avons un exemple dans l'observation V.

Au col, rien de saillant à noter. Le néoplasme y garde évidemment ses formes anatomiques classiques, avec tantôt une apparence papillaire et fongueuse, comme une sorte de champignon, tantôt comme une nodosité circonscrite ou infiltrée, tantôt enfin il évolue sous la forme cavitaire que l'on connaît bien. De plus, au point de vue microscopique, le cancer du col, dans la grande généralité des cas, est un épithélioma atypique, un carcinome, ou un épithélioma simple, typique, qu'il soit pavimenteux, tubulé ou lobulé, ou qu'il soit cylindrique.

Nous disions tout à l'heure que le cancer du corps se propageait rarement au col. C'est, en effet, l'inverse qui a lieu, propagation du col au corps. L'extension en outre se fait le plus souvent dans plusieurs directions, vers le vagin, le tissu cellulaire pelvien, les ligaments larges, les uretères, en avant surtout vers la vessie et en arrière vers le rectum.

Sur le *gros intestin,* le rectum mis à part pour le moment, c'est toujours un épithélioma cylindrique qui prend naissance, puisqu'il s'y développe aux dépens du revêtement épithélial et

surtout des glandes de Lieberkühn. Les deux formes classiques peuvent se rencontrer :

1° L'épithélioma cylindrique typique ou adéno-carcinome.

2° L'épithélioma atypique ou carcinome.

L'épithélioma typique dont on a un bel exemple dans la thèse de Louart se caractérise par « l'apparition au milieu du tissu conjonctif de tubes pseudoglandulaires, possédant une lumière centrale et bordés d'épithélium cylindrique. Ces tubes s'enfoncent peu à peu, et (caractère qui les sépare des adénomes) dépassent la muscularis mucosœ. De plus, il y a souvent, en certains points, plusieurs assises de cellules, ou du moins une assise à plusieurs noyaux. Ces noyaux, à un fort grossissement, apparaissent inégaux et très colorables ». Quant à la deuxième forme, au carcinome, elle est moins fréquente. Ici, plus de tubes pseudo-glandulaires, mais « des cylindres pleins, des masses inégales déformées par pression réciproque, remplissant des alvéoles, limitées par du tissu conjonctif. L'absence de lumière dans les cordons cellulaires et l'aspect alvéolaire caractérisent le carcinome ». Le tissu conjonctif prolifère lui aussi, et, suivant qu'il prédomine ou que ce soit l'élément épithélial qui l'emporte, on a le squirrhe qui évolue beaucoup plus lentement, ou le cancer encéphaloïde qui peut s'accroître très vite. Parfois aussi les cellules « subissent une dégénérescence spéciale et se transforment en une substance gélatineuse ou colloïde : cancer colloïde ».

Quant à l'aspect macroscopique du néoplasme, il est des plus variables ; c'est tantôt une petite tumeur qui se développe sur la paroi intestinale et en un seul point, tantôt au contraire une tumeur annulaire qui aboutit à un rétrécissement progressif et aux phénomènes d'occlusion aiguë.

Pour ce qui est maintenant du *rectum,* les lésions rencontrées chez les jeunes, il faut encore le reconnaître, ne se dif-

férencient pas beaucoup de celles observées chez les sujets plus âgés. La tumeur est de volume variable, ayant une tendance au fur et à mesure de son développement, à envelopper circulairement l'intestin, prenant alors la forme d'un croissant dont la concavité se trouve dirigée en avant ou en arrière, suivant le siège du noyau primitif. Dans nos observations, nous voyons qu'il s'agit presque toujours d'une tumeur située au-dessus de l'anus, à une hauteur variable, à 3, 4, 5 centimètres et même au delà, tumeur de consistance variable, parfois dure, parfois mollasse, friable, adhérant au rectum, et à limites supérieures difficiles à préciser, le doigt explorateur ne pouvant pas toujours les atteindre. Parfois c'est à une ulcération qu'on a affaire ; elle est ovale, à base indurée, à centre excavé, et à grand diamètre variable suivant les cas. Parfois enfin on peut voir le néoplasme évoluer au niveau d'un rétrécissement congénital du rectum. Un exemple typique nous en est fourni par la très intéressante observation que nous a communiquée M. le professeur Forgue (obs. XVIII).

« Je crois pouvoir affirmer, dit notre maître, que cette localisation carcinomateuse évolue au niveau d'un rétrécissement congénital du rectum. En effet, le doigt trouve, au haut de l'ampoule, un véritable diaphragme circulaire ; et ce n'est pas le contour inférieur d'une virole néoplasique, comme on en rencontre. C'est une véritable bride annulaire que le doigt, ayant franchi le diaphragme, peut accrocher au retour, et qu'il apprécie, en quelques points où la disposition primitive paraît conservée, comme une valve annulaire, charnue, encore souple par places (en avant surtout) et au contraire infiltrée en arrière, d'une épaisseur de quelques millimètres aux points les moins transformés ».

Au point de vue histologique, nous nous trouvons en présence de deux variétés :

1° L'épithélioma cylindrique : *a*) typique ; *b*) atypique ;

2° L'épithélioma pavimenteux.

La première variété semble être la plus fréquente. C'est là du moins ce qui ressort de l'étude de nos observations. Quant à la deuxième variété, nous n'en avons qu'un exemple dans l'observation empruntée à Guinard (obs. XIX), où l'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un épithéliome d'origine cutanée, à globes épidermiques et à boyaux pullulant, avec des cellules d'une activité remarquable.

Ajoutons, en dernière analyse, que l'extension se fait ici, comme dans tout épithélioma, soit de proche en proche, par infection locale, soit à distance, par infection lymphatique ou généralisation.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Si, comme nous venons de le voir, l'anatomie pathologique des néoplasies épithéliales n'offre chez les jeunes rien de bien défini, ni de bien caractéristique, il semble de même que leur symptomatologie n'ait pas un cachet tout spécial. Cependant le caractère de malignité que prend généralement la maladie, et aussi ses allures remarquables, ne rendent pas inutile, croyons-nous, la description de son évolution naturelle.

Une petite tumeur, ou plus exactement un petit tubercule, de couleur noirâtre ou grisâtre, de consistance ferme, surmonté d'une croûte; ayant son siège à la région malaire, dans le pli naso-génien, ou encore autour des paupières, comme dans le cas que nous rapportons, voilà ce qui caractérise ordinairement au début le *cancroïde* de la face. Plus tard, pour une cause quelconque ou sans raison apparente, le sommet du tubercule s'ulcère, et l'ulcération apparaît alors avec ses caractères classiques, bourrelet dur, fond rougeâtre, anfractueux, et, comme conséquence de la lésion à cet état, de l'engorgement ganglionnaire.

Voici d'autre part un épithélioma de la *langue*. A l'exemple de Th. Anger, dont l'excellente thèse d'agrégation est restée classique, nous diviserons sa symptomatologie en trois périodes : celle du début, celle de l'ulcération et celle de l'in-

fection ganglionnaire. Dans la première période, le néoplasme n'a pas une physionomie bien nette et ne possède pas, peut-on dire, un seul caractère qui lui soit propre. On constate sans doute à la pointe ou sur le bord de l'organe, principalement le bord gauche, la présence d'une petite tumeur incluse dans la muqueuse, ou bien une fente, une crevasse, une légère fissure ; mais tout cela n'a rien de spécifique. A peine note-t-on une certaine gêne dans les mouvements de l'organe, quelques douleurs fugaces, rares, et à caractère imprécis. Mais plus tard, et à mesure que la tumeur se développe, ces symptômes s'accentuent ; la déglutition devient notablement gênée, la douleur franche et irradiée, et nous entrons alors dans la deuxième période, la période d'ulcération. Unique dans la grande généralité des cas, cette ulcération est tantôt fongueuse et bourgeonnanie, tantôt rongeante. Dans le premier cas, la langue est généralement énorme, mamelonnée, rougeâtre, surmontée de gros champignons qu'entoure un bourrelet muqueux, inégal, à bords déchiquetés et renversés. Dans le second cas au contraire, on a affaire à une véritable excavation dont le grand diamètre est parallèle au bord libre et dont les bords sont, suivant les cas, épaissis, saillants, renversés en dehors ou recourbés en dedans, ou bien taillés à pic, à l'emporte-pièce. Le fond en est grisâtre, sanieux, recouvert d'un ichor fétide ; on y peut même distinguer parfois des points jaunes, en nombre variable et gros comme de petits plombs, ce qui pourrait faire songer à une tuberculose, témoin le cas observé par Variot (obs. I). En même temps on note une salivation abondante, et, au fur et à mesure que l'ulcère s'agrandit, on voit apparaître des hémorragies qui vont depuis de toutes petites perles rouges jusqu'à de véritables suffusions sanguines. Enfin, dans la dernière période de la maladie, les ganglions se prennent, non pas seulement du côté atteint, mais quelquefois du côté opposé. On trouve alors, au-dessous du

bord du maxillaire inférieur, dans la région sus-hyoïdienne, sur les parties latérales du cou ou dans le voisinage de la glande sous-maxillaire, de petites tumeurs d'abord dures, de consistance ferme, mais qui ne tardent pas à se ramollir et à s'ouvrir à l'extérieur après avoir ulcéré le tégument. Les douleurs à ce moment deviennent plus lancinantes et plus vives que jamais, et le patient se trouve dans cet état lamentable, bien connu de tout clinicien, nous avons nommé la cachexie cancéreuse.

Si nous envisageons maintenant le cancer épithélial de *l'utérus,* qu'il s'agisse de néoplasme du corps ou de néoplasme cervical, nous nous trouvons en présence d'un tableau symptomatique parfois bien restreint. Nous n'en voulons pour exemples que les deux observations que nous insérons plus loin. Dans l'une (obs. IV) il s'agit d'un cancer colloïde de l'utérus avec infection secondaire des poumons ; les phénomènes thoraciques seuls ont dominé la scène, l'affection utérine étant restée inaperçue. Dans la seconde (obs. VIII), empruntée à Routier, la malade, une femme de 28 ans, avait « des lésions tellement petites que le diagnostic de cancer n'avait pas été admis par tout le monde ». On pratiqua quand même l'hystérectomie et trois mois après « le ventre était rempli de masses cancéreuses ». Quoi qu'il en soit, l'affection se révèle ordinairement par des signes assez nets pour qu'on ne les passe sous silence ; mais ici encore nous allons être obligés d'admettre la division classique et de ranger les symptômes en : symptômes locaux et symptômes généraux, les premiers comprenant les troubles fonctionnels et subjectifs, et les signes physiques.

Le premier signe fonctionnel en date, pour un épithélioma du *corps,* est évidemment la métrorrhagie qui est variable quant à son apparition, à sa durée et à son abondance. Dans l'observation V nous voyons, en effet, qu'il s'agit d'une jeune

femme réglée d'une façon régulière, sans leucorrhée, mais présentant brusquement, sans cause apparente, des menstrues plus abondantes, d'une dizaine de jours environ de durée. Les pertes deviennent ensuite de plus en plus copieuses, presque permanentes, un peu fétides, et on y aperçoit même quelques caillots. Comme symptôme subjectif, on note seulement une douleur lombaire, vague et indéterminée, sans irradiation dans les membres inférieurs, plutôt une sensation de pesanteur aux reins et au bas ventre.

L'épithélioma *du col* lui aussi se révèle au début par de petites hémorragies et nous avons souvent entendu dire par notre maître, M. le professeur Forgue, combien sont importantes ces petites pertes rouges, si minimes soient-elles, surtout quand elles surviennent à l'occasion des rapports sexuels. La leucorrhée se présente également à cette période, mais sans caractère particulier. Dans la suite, ces symptômes vont en s'accentuant : l'hémorragie se fait plus abondante, un écoulement jaunâtre s'établit, à odeur fade et écœurante, et on ne tarde pas à retrouver le syndrome utérin, avec douleur, phénomènes digestifs et nerveux, etc. Tous ces signes cependant ne laissent pas d'être vagues et imprécis ; aussi est-ce à l'examen local que nous aurons surtout recours pour dépister plus sûrement la maladie. Par le palper et le toucher combinés, un corps utérin carcinomateux apparaît gros et élargi ; le col, un peu entr'ouvert, est généralement sain, sans granulation ni ulcération, au début du moins ; les culs-de-sac sont normaux. Mais si l'on pratique le toucher intra-utérin, après dilatation préalable de la portion cervicale, on ne tarde pas à sentir, immédiatement au-dessus de l'isthme, des végétations dont on peut apprécier le volume, la consistance, l'étendue. Toutefois, s'il s'agit non d'une forme diffuse, mais circonscrite et polypeuse, la tâche sera rendue plus difficile du fait que la tumeur peut s'insérer très haut, au

fond même de l'organe dilaté. Par le palper et le toucher combinés, on est également à même de reconnaître un col épithéliomateux, bien mieux qu'on ne saurait le faire à l'aide du spéculum. On note sa consistance, son volume, sa direction, en même temps qu'on s'attache à rechercher la friabilité de son tissu, déchiquetable à l'ongle, sur laquelle le professeur Laroyenne a longuement insisté et dont il a pu faire un signe de cancer du col. On cherche aussi à reconnaître, toujours par le même moyen, l'état anatomique de la tumeur, son état papillaire ou ulcéreux, puis la mobilité de l'utérus, l'état des culs-de-sac, les adhérences capables de se produire soit avec la vessie en avant, soit en arrière avec le rectum.

Citons, pour terminer, les symptômes généraux, la teinte jaune paille caractéristique, les douleurs devenues plus intenses, intolérables même, les phénomènes de cystite, la phlegmatia alba dolens, les fistules et enfin l'urémie qui suit immédiatement la propagation du néoplasme aux parties voisines.

Du côté du *gros intestin,* le cancer épithélial des jeunes n'a pas non plus une symptomatologie particulière. Toutefois, au début de la maladie, les signes sont si inconstants, si incertains que nous allons nous efforcer de mettre en lumière ceux qui, selon nous, se manifestent les premiers, à seule fin d'arriver à un diagnostic précoce. Louart, en dépouillant les nombreuses observations qu'il rapporte dans sa thèse, a pu constater que « dans la plupart des cas, la maladie a commencé par des symptômes très vagues : constipation opiniâtre qui alterne parfois avec la diarrhée, coliques, troubles digestifs. D'autres fois, c'est l'amaigrissement du sujet qui, en l'absence d'autres symptômes, peut mettre sur la voie du diagnostic ». Ces mêmes signes, nous les retrouvons dans nos observations. C'est, par exemple, l'histoire de cette jeune fille de 26 ans (obs. XVIII) qui « a toujours été constipée, res-

tant souvent 7 à 8 jours sans aller à la garde-robe, et presque toujours après un ou plusieurs lavements ». Cette constipation n'a jamais cessé et les selles, d'abord rares, deviennent dans la suite de plus en plus douloureuses, glaireuses et légèrement teintées de sang. La perte d'appétit, les digestions difficiles sont également notées. De même, dans la plupart des cas de cancer du rectum rapportés par Binet dans sa thèse, et ayant trait, bien entendu, à des individus n'ayant pas dépassé la trentaine, ce sont toujours les mêmes épreintes douloureuses que nous retrouvons, les mêmes envies fréquentes et les mêmes difficultés à aller à la garde-robe, les mêmes selles dures et muco-sanguinolentes. En somme, la modification des évacuations se trouve être un excellent signe sur lequel on ne saurait trop attirer l'attention.

Souvent aussi on note du côté malade, dans la partie du gros intestin où siège la tumeur, une sorte d'hypéresthésie qui, d'après certains auteurs, serait due à de la péricolite. De même, de l'obstacle qui s'oppose au libre cours des matières fécales, résultent presque fatalement des troubles fonctionnels qu'on devra rechercher par un examen des plus minutieux et des plus attentifs. « Ce sont des coliques spéciales, des crises douloureuses paroxystiques, périodiques, avec des ondulations péristaltiques, visibles, de l'intestin ». Ces coliques, provoquées par une contracture énergique de la musculature intestinale, deviennent d'autant plus intenses que cette contracture se fait plus accentuée, afin de surmonter l'obstacle créé par le néoplasme. Leur siège, pour le gros intestin, est dans la région ombilicale ; mais elles peuvent parfois « s'irradier dans les cuisses ou dans la région lombaire, et par leur violence faire penser à une affection rénale ». De plus « ces crises douloureuses surviennent à intervalles de plus en plus rapprochés, ayant chaque fois une intensité plus grande, une durée plus longue. Elles se terminent par

une évacuation de gaz et de matières. Elles aboutissent à l'occlusion intestinale, qu'elles simulent souvent et dont elles sont le prélude ». Notons enfin, en dehors des troubles digestifs dont nous avons déjà parlé, une modification très appréciable de l'état général : perte de force, amaigrissement, troubles nerveux, le tout s'établissant rapidement et sans cause apparente.

Mais quelle que soit la valeur de ces symptômes du début, il n'en reste pas moins vrai que les signes physiques, caractéristiques de la période d'état, gardent une prédominance marquée. Ici, c'est aux quatre modes habituels de l'examen clinique, que nous aurons recours : l'inspection, la percussion, la palpation et le toucher.

1° *A l'inspection,* nous examinerons la forme générale de l'abdomen et rechercherons le météorisme ainsi que ces ondulations péristaltiques et périodiques de l'intestin sur lesquelles Lardennois a attiré l'attention.

2° *A la percussion*, nous nous efforcerons de bien délimiter les zones sonores des zones mates ou submates traduisant la présence de la tumeur.

3° *A la palpation,* nous explorerons méthodiquement l'abdomen dans toutes ses régions. Mais cette manœuvre, pour être utile, pour donner des renseignements aussi exacts que possible, aura besoin d'être pratiquée avec un soin tout particulier, surtout quand on se trouvera en présence d'une paroi surchargée de graisse ou d'anses intestinales fortement distendues. Par la palpation donc, on cherchera à examiner successivement la situation de la tumeur, son volume, sa consistance, ses limites. Le volume et la consistance sont variables et sont souvent sous la dépendance de la quantité de matières accumulées en amont de l'obstacle. Quant à la situation de la tumeur, elle est également variable, mais lorsque cette dernière « siège sur un segment intestinal libre et pourvu d'un

méso » c'est au cours des divers examens que sa situation devient changeante, et c'est même là, d'après Rubenthaler, un excellent signe de tumeur de l'intestin.

4° Par le *toucher* enfin, par le *toucher vaginal* auquel on pourra dans certains cas demander quelques renseignements, mais surtout par le *toucher rectal* que l'on pratiquera systématiquement, on cherchera à atteindre la tumeur. Celle-ci peut être variable, non seulement quant à sa situation et à sa forme, mais encore quant à sa consistance qui est tantôt ferme, tantôt au contraire mollasse et friable. Dans nos observations, en effet, il n'est question que de masses dures ou facilement dépressibles, à bords irréguliers, avec parfois une excavation centrale en forme de cratère (obs. XXVII), ou bien de simples ulcérations à base indurée (obs. XXI), ou bien encore d'infiltration irrégulièrement limitée, plus ou moins étendue et siège d'une sécrétion fétide (obs. XVII). Le doigt explorateur recherchera aussi si la tumeur est libre, mobile, ou si elle est maintenue en état de fixité par des adhérences.

Enfin n'oublions pas l'examen des selles où nous pourrons déceler des matières sanieuses, muco-purulentes, ou même du mélæna, ou surtout des débris de tumeurs dont on fera l'examen histologique, et signalons, comme symptômes de la période ultime, les phénomènes cachectiques et de la généralisation, laquelle peut se faire un peu partout, dans les ganglions, dans les poumons, le foie, les ovaires, etc.

CHAPITRE V

EVOLUTION ET PRONOSTIC

Tout le monde est d'accord sur l'extrême gravité du cancer épithélial ; la mort en est le terme presque fatal, sans compter que des complications de toutes sortes, soit ulcération et fistules, soit perforation, soit accidents mécaniques et septiques, contribuent la plupart du temps à précipiter le dénouement de la terrible maladie. Mais autant qu'on peut en juger, le cancer semble évoluer plus rapidement au-dessous de trente ans qu'à un âge plus avancé. Pour l'épithélioma du col de l'utérus, par exemple, on a l'habitude, et c'est l'opinion admise par les classiques, de fixer à un an et demi la durée moyenne de cette évolution. Or, dans l'observation empruntée à Richelot (obs. XI) nous voyons que la malade, une femme de 23 ans, meurt quatre mois après l'intervention. De même, dans les observations rapportées par Routier à la Société de Chirurgie en 1891, l'évolution totale se fit en cinq mois et demi dans un cas (obs. VI), en onze mois dans un autre (obs. VII). Dans un troisième cas (obs. VIII), trois mois après l'intervention le ventre était rempli de masses cancéreuses, et enfin dans une quatrième observation (obs. IX), la mort survenait neuf mois après l'opération.

Pour le rectum, cette moyenne d'évolution fixée généralement à un an et deux ans se trouve être aussi fortement abais-

sée chez les jeunes, dans certains cas. Nous ne citerons pour exemples que les observations XXI et XXII. Dans l'une (obs. XXII) la malade meurt 10 mois après l'opération de carcinome intestinal ; dans l'autre (obs. XXI), métastase hépatique six mois après l'intervention.

Cependant il ne nous est pas possible de tirer une conclusion très affirmative de ces faits, puisque la plupart du temps les malades succombent à une complication quelconque. Mais d'une façon générale, il semble que le pronostic du cancer épithélial chez les jeunes, soit rendu plus sombre et plus réservé du fait même que la maladie a une tendance plus marquée à revêtir une forme aiguë, à marche rapide.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

En matière de cancer, selon le mot de Barleing, « la précocité du diagnostic est une des conditions essentielles de succès ; l'ablation totale du néoplasme en est une autre ». Les quelques succès opératoires que l'on a pu enregistrer ne se sont, en effet, rencontrés que dans les cas où le mal a pu être radicalement enlevé, ce qui n'est possible que dans les période initiales de la maladie.

C'est ici que la croyance à l'incompatibilité de la jeunesse et du cancer se fait sentir dans ses plus déplorables conséquences ; car il est possible que ce soit à la négation du cancer chez les jeunes qu'il faille imputer la gravité relativement plus grande que présentent les tumeurs épithéliales développées avant trente ans, le diagnostic étant fait plus tardivement et l'intervention réclamée alors que le mal a déjà accompli son œuvre néfaste.

Que le praticien prenne garde et se souvienne bien que le cancer peut se voir à tout âge, aussi bien dans la jeunesse que dans l'âge mûr ; dans une question aussi importante pour la vie du malade, il est de toute nécessité, au risque d'encourir les plus lourdes responsabilités, de ne se prononcer qu'après avoir envisagé toutes les hypothèses et accumulé preuves sur preuves.

Aussi bien, comme nous allons le montrer tout à l'heure, lorsqu'un cas se trouve être tant soit peu douteux et embarrassant, c'est au laboratoire qu'il faut recourir ; dans la matière, le microscope (1) règne en maître, peut seul affirmer et se dégager des influences extérieures. Ce sera du reste la conclusion qui terminera comme un refrain les divers paragraphes qui vont suivre et dans lesquels nous envisagerons rapidement, pour les régions que nous avons étudiées dans notre travail, les problèmes de diagnostic que pose l'apparition d'une tumeur.

1° *A la face,* si l'on en croit les classiques, le diagnostic du cancroïde ne présente pas en général de grande difficulté. Mais aujourd'hui que la notion d'âge ne peut ni ne doit entrer en ligne de compte, la différenciation de l'affection d'avec le chancre, le lupus, l'actinomycose, et toutes les tumeurs qui sont à même de prendre naissance dans cette région n'est pas toujours chose facile. L'examen histologique peut seul dissiper toute incertitude, et il ne faut pas hésiter à réclamer ses services.

2° *Cancer de la langue.* — Syphilis, tuberculose, cancer, voilà les trois hypothèses entre lesquelles on hésite généralement quand on se trouve en présence d'une ulcération de la langue.

La syphilis peut se montrer sous la forme de chancre, de gommes, de plaques muqueuses, d'ulcérations fissuraires à la période tertiaire. Le chancre, par sa réparation facile, par

---

(1) On pourra aussi avoir recours dans certains cas à des moyens de laboratoire accessoires, notamment à l'examen du sang auquel M. le professeur Forgue a consacré un très intéressant article dans le n° du *Montpellier-Médical*, du 28 janvier 1906.

son aspect extérieur quand il est typique ; les gommes, d'abord dures et déformant la langue, qui semble bourrée de noisettes, puis fluctuantes, sont d'un diagnostic facile.

La gomme ulcérée, avec son fond rougeâtre, sa base indurée, son bord taillé à pic ; les plaques muqueuses ulcérées avec leur pellicule blanchâtre qui, enlevée, laisse à nu un fond rougeâtre et saignant, sont d'un diagnostic plus délicat. L'histoire du malade, les accidents concomitants, l'influence du traitement sont les meilleurs moyens de diagnostic auxquels, aujourd'hui, nous pouvons ajouter la recherche du speronema pallidum de Schaudinn. Dans les cas douteux, la biopsie et l'examen microscopique trancheront la question.

L'ulcération tuberculeuse de la langue aurait, au dire des classiques, une particularité caractéristique, les points jaunâtres de Trélat. Il suffira de lire l'observation empruntée à Variot (obs. I), pour savoir jusqu'à quel point il faut se fier à ce signe.

L'actinomycose peut aussi simuler le cancer, et le laboratoire seul est à même de la démasquer.

Enfin, il est des cas où des problèmes inattendus se posent. Chez tel enfant anémié une morsure accidentelle ou d'origine comitiale, une de ces ulcérations du frein de la langue si fréquents dans la coqueluche, peut prendre un aspect torpide capable de faire songer au néoplasme ; l'évolution, les antécédents sont de puissants auxiliaires, mais le microscope demeure le seul juge infaillible. De même, en cas de papillomes, on ne devra conclure à la bénignité de la tumeur qu'après examen microscopique.

3° *Cancer de l'utérus.* — Pour l'utérus, la métrite est de toutes les maladies qui affectionnent cet organe celle qui peut simuler le mieux le cancer ; c'est elle aussi qui endossera le plus grand nombre de cas de cancer méconnu.

Dans le cas d'épithélioma du *corps*, si on ne relève comme symptômes que des hémorragies et un certain agrandissement de la cavité de l'organe, la première idée qui vient à l'esprit est évidemment celle d'endométrite hémorragique ou de fibrome. Les douleurs, par leur intensité et leur persistance, constituent un excellent signe en faveur du néoplasme ; mais, comme l'a du reste fort bien dit M. le professeur Forgue lui-même, « le seul diagnostic positif se fonde sur le curettage après dilatation et sur l'examen histologique des masses fongueuses curettées ».

Pour le *col,* les caractères de l'écoulement muqueux ou muco-purulent, dans les cas d'ulcérations dues à la métrite, séro-ichoreux, sanguinolent, fétide pour le cancer, ne sont pas toujours aussi nettement marqués. Le signe de l'ongle lui aussi, préconisé par Laroyenne et qui semblait devoir être infaillible, induit souvent en erreur, surtout quand le mal est au début.

En pratique, toute ulcération, toute éversion de la muqueuse qui ne se modifie pas rapidement par l'application d'un traitement approprié doit être considérée comme douteuse et provoquer un examen microscopique.

Certains cas, plus rares, sont ceux dans lesquels un cancer utérin a été pris pour un fibrome interstitiel du col pour un placenta ou un fibro-myome ulcéré faisant hernie au travers de l'orifice externe ; il faut néanmoins les connaître et se tenir sur ses gardes.

4° *Cancer de l'intestin.* — Le diagnostic serait ici certainement très aisé, si tous les symptômes se trouvaient groupés comme en un faisceau, et si on pouvait noter à la fois les troubles fonctionnels qui caractérisent le début de l'obstruction chronique, les coliques paroxystiques, les alternatives de constipation et de diarrhée, l'amaigrissement rapide et que rien n'explique, la sensation d'une tumeur caractéristique et nettement localisée, enfin le mélœna et la présence dans

les selles des débris de néoplasme dont l'étude histologique affirmerait la nature maligne. Malheureusement, surtout au début de l'affection, ces signes passent souvent inaperçus.

Chez les jeunes sujets, il arrive maintes fois que l'on qualifie d'hémorrhoïdes des lésions cancéreuses. L'induration est mise sur le compte des thromboses, l'ulcération considérée comme étant d'origine traumatique, et parfois même les troubles généraux, l'anémie, la cachexie sont attribués aux pertes sanguines abondantes ou à toute autre cause ; le mal progresse, et lorsque l'erreur est reconnue il est déjà trop tard pour tenter l'extirpation.

Les caractères cliniques signalés par les classiques pour permettre de formuler le diagnostic différentiel sont sans doute très nombreux et paraissent au premier abord d'une constatation facile ; en clinique, il en est autrement.

L'on a dit que les hémorrhoïdes sont molles et dépressibles, que les thromboses ont une dureté moins ligneuse et des contours plus nets ; mais ce sont là des nuances souvent difficiles à apprécier, et seul le microscope, dans les cas douteux, tranchera la question d'une façon définitive.

Une tumeur carcinomateuse, développée en pleine paroi intestinale, et perceptible à travers l'abdomen, peut aussi simuler un rein flottant, une hydronéphrose avec crise douloureuse intermittente, une tumeur de l'ovaire ; mais le rein flottant est facilement réductible dans la fosse lombaire, la crise d'hydronéphrose se termine par une abondante émission d'urine, et enfin le toucher vaginal permet d'explorer les annexes.

Quand la tumeur siège sur l'intestin d'une façon évidente, il faudra éliminer :

a) *La rétention stercorale*, d'autant plus qu'elle peut s'accompagner d'entérite et d'ulcérations, de cachectisation due à la stercorémie.

b) *L'invagination chronique*, qui donne lieu à des hémorragies et aux mêmes troubles fonctionnels que le cancer ; mais la douleur serait, au dire de certains auteurs, beaucoup plus aiguë. De plus, selon Rafinesque, la tumeur deviendrait plus turgescente de par les palpations répétées, tandis que son volume diminuerait au repos.

Dans la région cœcale, il faudra également songer à l'appendicite à forme néoplasique et à l'actinomycose.

Quant à la tuberculose, il sera bon de se baser sur la marche de la maladie généralement plus lente, sur les antécédents qu'on devra scruter très soigneusement, sur l'état des poumons. Les ganglions, comme le prétend Benoit dans sa thèse, seraient sus-claviculaires en cas de cancer ; ils seraient au contraire dans la région de l'aisselle en cas de bacillose.

La syphilis peut aussi masquer le cancer, et l'on ne devra pas, par exemple, qualifier à la légère une lésion rectale de chancre, de condylome, avant d'avoir réuni une série de preuves. Il ne faut pas oublier que pour être syphilitique, on n'en peut pas moins devenir cancéreux ; et, sous prétexte que des accidents non douteux se retrouvent dans les antécédents du malade, il ne faut pas baptiser syphilis ce qui n'est que cancer.

Enfin, si on se trouve en présence d'accidents aigus et que l'examen du rectum demeure négatif, il faudra songer à l'obstruction stercorale, à l'invagination aiguë dont sont souvent responsables les tumeurs polypeuses et la constipation opiniâtre, à l'étranglement herniaire, surtout quand il y a coexistence des deux affections, au volvulus, et surtout aux rétrécissements de toutes sortes.

Ce sont là autant de chances d'erreur qu'on devra chercher à éviter. En cas de doute, il ne faudra pas hésiter et recourir à la laparotomie exploratrice, qui peut toujours être suivie d'une intervention radicale, si celle-ci est jugée nécessaire.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Toute thérapeutique, pour être salutaire et efficace, a évidemment besoin de s'adresser à la cause même de la maladie ; mais pour le cancer malheureusement cette cause est jusqu'ici restée dans l'ombre, en dépit de toutes les théories émises et des efforts hardis, qu'on a tentés dans cette voie. Aussi peut-on dire qu'à l'heure actuelle l'intervention chirurgicale demeure le seul traitement rationnel à opposer aux néoplasies épithéliales.

Nous laisserons donc de côté tous les moyens médicaux dont on a peut-être un peu trop préconisé l'emploi, ainsi que les essais infructueux de la sérothérapie anti-cancéreuse, pour nous occuper uniquement du traitement chirurgical.

Ce traitement, suivant les cas, est un traitement radical ou simplement palliatif.

L'intervention radicale, qui se propose l'ablation complète de la production morbide, est à coup sûr l'opération de choix, celle qui doit toujours être préférée aux autres, surtout chez les jeunes sujets ; mais elle répond à des indications suffisamment nettes dans leur ensemble et que nous allons maintenant essayer de mettre en relief.

Tout d'abord il faut que le mal soit dépisté tout à fait à ses débuts, alors que les lésions sont minimes ou pas très

étendues, et même dans ce cas il est nécessaire de sacrifier les parties saines environnantes, afin d'éviter plus sûrement toute chance de récidive. Il faut aussi que le néoplasme soit nettement localisé et n'ait pas encore contracté d'adhérences avec les organes voisins. Ainsi, pour la langue, tant que l'épithélioma n'a pas dépassé les limites de l'organe pour s'irradier vers le plancher de la bouche, le pharynx ou les piliers ou voile du palais, il est possible anatomiquement d'extirper tout le mal. Inversement, un carcinome du col utérin qui, par continuité de tissu, s'est propagé en avant vers la cloison vésico-utérine, en arrière vers le rectum, ou a envahi les ganglions du bassin et gagné le tissu conjonctif des ligaments larges, n'est plus justiciable de quelque intervention que ce soit, qu'il s'agisse de simple amputation, d'hystérectomie vaginale ou d'hystérectomie abdominale totale.

Quant à l'infection ganglionnaire, elle est, d'une façon générale, « considérée comme une complication fâcheuse et de mauvais augure ; et pour peu qu'elle s'étende, elle devient une contre-indication formelle ». Mais un ou plusieurs ganglions engorgés, surtout s'ils sont isolés, superficiels, mobiles sur les plans sous-jacents, facilement énucléables, sont loin de contre-indiquer l'opération et d'arrêter la main du chirurgien.

Enfin, il faut que l'état général du malade soit bon, et aussi, ne l'oublions pas, quand on aura affaire par exemple à un épithélioma ayant pris naissance sur le gros intestin, on devra, avant d'intervenir, laisser disparaître ou tout au moins s'atténuer les phénomènes aigus que nous avons signalés plus haut.

Dans ces conditions, les résultats obtenus semblent satisfaisants. Un malade de Kosinski, âgé de 29 ans et porteur d'un carcinome du côlon descendant, est très bien portant 8 ans après l'opération. Wœlfler qui cite Lardennois dans sa thèse, rapportait au XXV[e] Congrès de la Société allemande

de chirurgie, des observations : de Gussenbauer, dont le malade était bien portant 16 ans après l'ablation totale du cancer ; de Mickulicz, 8 ans après ; de 2 malades de Czerny-Billroth, 6 ans après ; de 7 autres malades, 4 ans après.

Ce ne se sont sans doute que de simples survies, puisque la grande majorité des chirurgiens ne croient pas à la guérison proprement dite du cancer ; mais il n'en reste pas moins vrai qu'il y a là des succès opératoires très encourageants, et Faure, qui lui aussi compte des cas de survie, a pu dire avec raison : « Il faut, toutes les fois que l'état général du malade le permet et que l'extirpation totale est chirurgicalement possible, tenter l'extirpation et la tenter encore malgré les revers et malgré les désastres. Dans cette chirurgie de condamnés à mort, une seule résurrection console de cent insuccès. »

Cependant la cure radicale n'est pas toujours possible, et trop souvent même on rencontre dans les services hospitaliers de ces pauvres malades porteurs de lésions tellement avancées que toute intervention devient inutile, pour ne pas dire nuisible. C'est alors aux moyens palliatifs qu'on est contraint d'avoir recours, afin de diminuer autant que possible les souffrances du patient ou de parer aux accidents aigus qui peuvent surgir. On enlèvera, par exemple, à la curette, les masses ramollies et putrides qui englobent le col utérin carcinomateux ; on fera des injections vaginales répétées, on cherchera à combattre les hémorragies, à remédier à l'asphyxie qui menace, dans la dernière période de la maladie, les infortunés atteints d'épithélioma de la langue, etc., etc.

Dans les cas de cancer du gros intestin, quand l'état du malade ne permet pas de pratiquer la laparotomie, c'est à la colostomie et à l'iléostomie que l'on devra recourir, afin de livrer passage aux matières fécales. Mais dans les cas contraires, comme le dit très justement Louart, « il y aura intérêt

à exécuter l'anastomose qui, en détournant le cours des matières, pare aux dangers de l'obstruction et diminue les irritations mécaniques et les contacts septiques au niveau du rétrécissement, toutes complications qui précipitent l'évolution du cancer ». D'aucuns prétendent même qu'après ces opérations palliatives, la tumeur subit une régression très notable. D'ailleurs on note presque constamment une certaine amélioration, et l'entérectomie peut toujours être pratiquée dans la suite.

Quant à l'épithélioma du rectum inopérable, le palliatif par excellence, comme l'a dit M. le professeur Forgue, c'est « l'anus contre nature qui apaise les douleurs, dérive les matières fécales et empêche l'empoisonnement par la stagnation de ces matières ».

OBSERVATIONS

Observation Première

Epithélioma de la langue chez un garçon de 11 ans
(G. Variot, médecin des Hôpitaux)

Au mois de juin 1893, le jeune Jules G..., âgé de 10 ans, se présentait au dispensaire de Belleville, conduit par sa mère. Il venait consulter pour une affection peu douloureuse de la langue, dont le début était d'ailleurs impossible à fixer.

L'articulation des sons n'était pas troublée, mais l'enfant souffrait un peu pendant la mastication des aliments.

En faisant tirer la langue hors de la bouche, je remarquai que la forme et le volume même de la pointe étaient peu modifiés. En faisant tourner la pointe du côté du nez, je constatai une ulcération partant des bords et de la pointe sans empiéter sur la face supérieure. Cette ulcération occupait presque toute la face inférieure de la langue jusqu'au frein, spécialement à gauche et descendant un peu à gauche sur la partie latérale du frein. Cette ulcération était très légèrement saillante sur les bords, qui étaient taillés assez nettement. Le fond était rouge vif et bourgeonnant ; on distinguait sur ce fond 3 ou 4 petits points jaunes, gros comme de petits plombs. En touchant avec le doigt cette surface ulcérée, on ne provoquait que peu de douleur et les bourgeons ne saignaient pas facilement.

Si l'on prenait toute la pointe de la langue entre le pouce et l'index, on avait une sensation de fermeté et même de dureté dans toute la partie occupée par l'ulcération. Cette consistance n'était pas sans analogie avec l'induration fournie par un chancre syphilitique. Les dents de la mâchoire inférieure étaient saines. En outre, sur la face dorsale de la langue, à droite, à un centimètre 1/2 en arrière de la pointe et près de la ligne médiane, existait une surface légèrement saillante de deux centimètres environ dans le sens antéro-postérieur, sur laquelle on distinguait des saillies arrondies semblables à des hypertrophies papillaires. Elles n'étaient pas ulcérées et avaient un aspect un peu translucide.

Cette lésion n'était pas en continuité avec l'ulcération de la face inférieure de la langue, et la muqueuse linguale dans cette région était également indurée quand on la pressait entre les doigts. Tout le reste de la muqueuse buccale paraissait sain. Les ganglions du cou ne présentaient aucune hypertrophie. Les commémoratifs recueillis sur cet enfant ou sur ses parents n'étaient pas de nature à nous renseigner sur son affection linguale. L'enfant est habituellement bien portant ; à 4 ans il a eu une rougeole bénigne. L'état de la nutrition générale est bon. L'examen de la poitrine et du cœur est tout à fait négatif. Le père, depuis une fluxion de poitrine, serait sujet à s'enrhumer. La mère jouit d'une excellente santé. Aucun antécédent syphilitique ou tuberculeux à relever.

Le jeune J. G... a eu 4 frères et une sœur.

Un frère serait mort de congestion au cerveau ? Et trois autres de méningite ? Une sœur vivante, âgée de 20 ans, saine, et ayant elle-même une petite fille bien portante.

Je fus très embarrassé pour déterminer la nature de cette ulcération sub-linguale et des végétations de la face dorsale. Comme l'enfant avait les poumons tout à fait normaux et un état général satisfaisant, comme d'autre part l'ulcération prin-

cipale était presque indolente et reposait sur une base très indurée, sans adénopathie correspondante. il est vrai, bien que les bords fussent limités nettement, je pensai à un chancre syphilitique accidentel.

Mon collègue et ami le docteur Ch. Rémy inclinait pour une ulcération néoplasique.

Je conseillai néanmoins le traitement spécifique. Tous les jours une cuillerée à café de liqueur de Van Swieten, des badigeonnages de l'ulcération avec de la glycérine phéniquée à 3 p. 30 et des lavages fréquents de la bouche avec une solution d'acide borique. Pendant un mois environ ce traitement fut suivi sans modification apparente de l'ulcération, et sans que je puisse voir sur la peau ou sur les muqueuses aucun signe révélateur de la syphilis.

Toujours incertain sur le diagnostic de l'affection, je conduisis l'enfant à la Société médicale des hôpitaux au commencement du mois de juillet pour le soumettre à l'examen de mes collègues. La majorité de ceux qui l'examinèrent, notamment Hallopeau et Chauffard, s'appuyant surtout sur la présence des points jaunes, pensèrent qu'il s'agissait d'une ulcération de nature tuberculeuse.

Depuis cette époque j'ai perdu l'enfant de vue ; il n'est revenu au dispensaire de Belleville qu'au commencement du mois d'avril 1894, c'est-à-dire 10 mois après le premier examen. L'état général s'est maintenu très bon, mais l'état de la langue s'est à peine modifié ; en se reportant à la description que nous venons de faire, on aura une idée exacte de l'ulcération sub-linguale et des végétations de la face dorsale en 1894.

Les poumons sont sains ; aucune tuméfaction des ganglions sous-maxillaires. L'enfant est très indocile et ne veut accepter aucun traitement ; c'est même pour cette raison qu'il a refusé, l'an dernier, d'aller trouver M. le docteur Rémy, chi-

rurgien du dispensaire de Belleville, auquel je voulais le confier. C'est donc avec grand'peine que nous sommes parvenus au commencement d'avril, mon interne, M. Chabry, et moi, à exciser un petit lambeau de la surface ulcérée avec des ciseaux.

Examen microscopique fait par M. Chabry, interne à l'Hôpital Hérold, et confirmé par moi.

Le fragment enlevé aux ciseaux à la face inférieure de la langue, a été fixé par l'alcool absolu, puis coupé après réfrigération.

Coloration des coupes au picro-carmin.

Montage dans la glycérine.

A un faible grossissement (obj. II, Dumaige), la surface de coupe est sillonnée par des trabécules intriqués irrégulièrement qui ont pris plus fortement le carmin. Entre ces trabécules, des tractus d'un ton rosé plus clair. Dans quelques places, de grosses vacuoles remplies d'une substance jaunâtre offrant la teinte des hématies.

A plus fort grossissement (object. 6, Dumaige, ocul. 3), on constate que les trabécules fortement colorés sont entièrement constituées par des assises de cellules épithéliales polyédriques. Le noyau de quelques-unes des cellules paraît bourgeonnant, — quelques cellules sont pourvues de deux noyaux. — Sur bon nombre de cellules, la périphérie présente l'aspect dentelé habituel dans les cellules épidermiques. La ligne de démarcation des cellules épithéliales et des tractus du tissu conjonctif est extrêmement nette bien qu'il n'existe pas de membrane basale à proprement parler. Les tractus faiblement colorés séparant les cellules épithéliales sont formés de fibres conjonctives parsemées de cellules fixes sans accumulation d'éléments embryonnaires. En aucun point on ne voit de grou-

pement de cellules embryonnaires ni follicules pouvant rappeler les follicules tuberculeux. Nous n'avons pas observé de globes épidermiques, mais, par places, des modifications des cellules épithéliales qui paraissent s'allonger et se tasser.

Les vacuoles jaunâtres sont remplies de globules rouges du sang. Quelques vacuoles semblables sont vides probablement par suite des manœuvres dans la préparation.

Le diagnostic anatomique d'après l'examen du fragment excisé n'est pas douteux : *Epithélioma* ayant vraisemblablement comme point de départ la couche de revêtement de la face inférieure de la langue.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

Jean A..., 30 ans, couché au numéro 8 de la salle Delpech.

Tout le bord gauche de la langue est transformé en une ulcération plate avec des bourgeons d'une assez bonne apparence, et quelques points anfractueux plus profondément ulcérés, au niveau desquels on voit des grumeaux purulents. L'ulcération a une longueur de 6 centimètres, et une largeur de 3 centimètres. Les bords en sont élevés, irréguliers, durs ; le doigt apprécie l'existence d'une induration de la moitié droite de la langue jusqu'à la ligne médiane, induration sans tendance au ramollissement, et dont la pression ne fait pas sortir du pus.

Le plancher buccal est le siège d'ulcérations bourgeonnantes, avec des détritus jaunâtres. Toute la région sous-maxillaire est tuméfiée ; un ganglion ramolli au niveau duquel la peau est amincie et rouge, et qui donne issue à une sérosité jaunâtre, grumelleuse, occupe la région sous-angulaire. Au dessus et en avant de lui on trouve de petits ganglions durs ; la masse est assez immobile sur les plans profonds.

Observation III

(Compte rendu de la *Société anatomique* du 10 novembre 1905)

Epithélioma de la face chez un sujet de 22 ans

M. J. du Castel montre une préparation d'un cancroïde de la face développé chez une jeune femme de 22 ans, du service de M. Griffon, et siégeant au niveau de la joue, un peu au-dessous de l'angle interne de l'œil.

L'extirpation de cette petite tumeur a été pratiquée par Monsieur Morestin.

Au microscope, on voit qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux à globes épidermiques.

Observation IV

Carcinome du corps de l'utérus, avec envahissement secondaire du poumon, chez une femme de 27 ans. Pleurésie purulente. Empyème. Par Mlle Plumpke, interne des Hôpitaux (*Bulletin de la Société anatomique*, 1887, p. 757).

Gr... Idalie, âgée de 27 ans, journalière.

Antécédents héréditaires. — Bons.

Antécédents personnels. — Réglée à 12 ans, toujours régulièrement. Mariée à 21 ans ; grossesse normale et à terme à 23 ans. Deuxième grossesse et accouchement à terme en mars 1887, d'un enfant vigoureux. Les suites de couche furent troublées par des métrorrhagies abondantes, repétées et persistantes, amenant bientôt chez la malade un état d'anémie fort accentué et une faiblesse générale très grande.

Cinq à six semaines après son accouchement, elle est prise brusquement d'un violent point de côté gauche avec frisson, fièvre, toux et dyspnée. Une semaine plus tard, elle entre, le

1er juin, pour des métrorrhagies à l'hôpital temporaire de la rue Pascal, dans le service de M. Pozzi. Malade pâle, jaune, très anémiée, en proie à une dyspnée intense, à une toux quinteuse, sèche, fréquente ; température : 39°2. A l'examen, on constate de l'œdème lombaire et tous les signes d'une pleurésie gauche. A une ponction capillaire faite avec une seringue de Pravaz, on retire du pus phlegmoneux.

L'utérus est gros, le col mou ; il existe un écoulement muco-sanguinolent. En présence des métrorrhagies répétées et prolongées, consécutives à l'accouchement, de l'augmentation du volume de l'utérus, on pose le diagnostic : rétention partielle du placenta, pleurésie purulente.

6 *juin*. — M. Pozzi fait l'opération de l'empyème. La malade passe, le 6 juillet 1887, dans le service de M. le docteur Balzer. Elle succombe le 12 août ; les phénomènes thoraciques ont dominé la scène, et l'affection utérine est restée inaperçue.

Autopsie. — Nous ne rapportons ici que les détails concernant le péritoine et l'utérus.

Le péritoine est intact. L'utérus est augmenté de volume, sa cavité dilatée contient une tumeur pédiculée, du volume d'une noix, d'apparence polypeuse, proéminente dans la cavité, recouverte par la muqueuse d'aspect normal. Molle et friable par places, cette tumeur s'insère au fond de l'utérus par une large base d'implantation, se confondant intimement avec le muscle utérin.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

Examen microscopique. — Au raclâge de la surface de section, soit des néoplasmes pulmonaires, soit de la tumeur utérine, on obtient un suc épais, peu abondant, lactescent, teinté de rouge, contenant un grand nombre de cellules, de forme, de volume et de dimensions variables, les unes nettement cylindriques, les autres cubiques et polyédriques, d'autres encore fusiformes, aplaties et sphériques. Ces cellules renfer-

ment un ou deux noyaux fortement colorés par le carmin, l'hématoxyline, lisses, occupant tantôt le centre de la cellule, tantôt refoulés à la périphérie par la masse homogène, colloïde, qui remplit le corps cellulaire.

Sur une coupe mince, après durcissement dans l'alcool et coloration au picro-carmin et à l'hématoxyline éosinée, on se trouve en présence d'une trame alvéolaire formée par des tractus conjonctifs entrecroisés et contenant les mêmes cellules avec toutes leurs variations de forme et de volume. La matière colloïde a envahi non seulement le corps cellulaire, mais encore l'intérieur de l'alvéole, les parois alvéolaires et quelques parois vasculaires. Les vaisseaux, assez considérables, sont distendus par les globules sanguins. Par places, il existe de véritables apoplexies.

On retrouve les mêmes caractères dans la tumeur utérine, mais ici la trame est plus serrée, plus dense, et d'autant plus que l'on se rapproche du muscle utérin.

Il s'agit donc, en résumé, d'un carcinome colloïde de l'utérus avec infection secondaire des poumons.

Observation V

Thèse de Boissier, 1899

Julia A..., 26 ans. Rien à noter dans les antécédents héréditaires. Réglée à 13 ans. Menstrues régulières, abondantes pendant 5 à 6 jours. Pas de leucorrhée.

Mariée à 19 ans. Accouchements normaux et sans complication à 21 ans et à 24 ans.

Depuis 10 mois (octobre 1890) menstrues plus abondantes durant 8 à 10 jours. En janvier 1891, les pertes ont duré presque tout le mois ; depuis lors, pertes blanches et rouges pres-

que permanentes, parfois vraies métrorrhagies avec caillots. En mai, vagues douleurs lombaires.

La malade entre au numéro 5 de la salle Desault, dans le service de M. le professeur Tédenat. Elle est pâle, a peu d'appétit, se plaint de souffrir de pesanteur aux reins, au bas ventre. Pas de douleurs dans les membres inférieurs. Pertes un peu fétides, presque continues, rougeâtres, avec des caillots.

A l'examen, M. Tédenat note : col normal un peu ouvert, sans granulation, ni érosion. Utérus un peu gros, élargi, mobile. On sent les annexes qui semblent sains. Le doigt, introduit dans le col après dilatation, ne sent rien dans la portion sous-isthmale. Au-dessus de l'isthme, il constate des végétations mollasses, avec points durs à leur base.

5 *juin* 1891. —Curettage. Extraction de blocs grisâtres, durs, faciles à déchirer, où l'examen microscopique découvre des cellules épithéliales cubiques, des cellules irrégulières à gros noyaux, formant des boyaux irréguliers. Le diagnostic de carcinome du corps utérin est net.

8. — M. Tédenat pratique l'hystérectomie vaginale. Il lie les artères utérines, place des pinces sur le reste du ligament large et extrait l'utérus en le renversant tout entier. Extirpation facile des annexes. Gaze iodoformée. L'opération a duré vingt minutes.

9. — Température, 37°4-38°2 ; pouls, entre 90 et 110. Douleurs modérées.

10. — La malade est bien. Les deux pinces enserrant la moitié supérieure du ligament large sont enlevées.

13. — Pansement complet. Pas de pus, pas de sang. La malade se nourrit et va aussi bien que possible.

22. — Cicatrice complète et régulière.

29. — La malade quitte l'hôpital.

Santé parfaite jusqu'aux premiers jours d'août 1892. A ce

moment douleurs lombaires, irradiées à la cuisse gauche. Mictions fréquentes, petites pertes rosées. La malade consulta M. Tédenat le 24 août. Le fond du vagin est rempli de végétations dures et faciles à écraser par la pression du doigt. On les sent par l'hypogastre ; un peu d'ascite.

La malade eut des hémorragies faibles, mais continues, mélangées à des pertes roussâtres aqueuses et fétides pendant tout le mois de septembre. Elle était pâle, cachectique, souffrait beaucoup aux lombes, aux membres inférieurs. Le 10 octobre, elle mourut après huit jours d'anémie, de violentes céphalalgies et de somnolence.

La face interne de l'utérus était couverte de nodules durs qui pénétraient dans le tissu musculaire, sous forme de travées irrégulières. Entre les nodules existaient des végétations jaunes, molles. Les travées étaient constituées par des cellules épithéliales cubiques à gros noyau prenant mal le carmin.

Observation VI

Rouvier (*Société de Chirurgie*, 1891)

Femme, 25 ans. Le début des accidents remonte à deux mois, Je pratique l'amputation sus-vaginale le 22 janvier 1887. Un mois après apparaissent des bourgeons cancéreux. Six semaines après, mort. L'évolution totale s'est faite en cinq mois et demi.

Observation VII

(Id.)

T. E..., âgée de 22 ans. Je pratique une amputation sus-vaginale très haut, trois mois après les premières manifestations du cancer, le 6 février 1888. M. Richelot voulut bien sous

mes yeux tenter l'hystérectomie et dut y renoncer. La malade ne quitta pas le lit, la récidive fut immédiate et la mort survint le 25 septembre 1888.

Le cancer a évolué en onze mois ; mon intervention a été absolument inutile.

Observation VIII

(Id.)

B..., 23 ans, a subi, en mai 1888, l'ablation d'un fibrome intra-utérin gros comme un œuf. Je la revois en 1889 pour un cancer du col ; hystérectomie vaginale le 20 juin 1889. Morte en septembre d'urémie, le petit bassin plein de masses cancéreuses, trois mois après mon intervention.

Observation IX

(Id.)

J. T..., 28 ans, début trois mois, lésions tellement petites que mon diagnostic n'avait pas été admis par tout le monde. Hystérectomie vaginale le 20 janvier 1890 ; trois mois après le ventre était rempli de masses cancéreuses ; elle mourait en juillet.

Le cancer avait évolué en neuf mois. Mon intervention avait-elle servi ?

Observations X et XI

(Richelot, *Soc. de chirurgie*, 1891)

Richelot, dans une communication faite à la Société de chirurgie le 28 octobre 1891, cite le cas :

1° « D'une femme de 29 ans, opérée le 22 mai 1890 pour un

cancer du col affleurant déjà le cul-de-sac postérieur, mais laissant à l'utérus toute sa mobilité. A droite, la pince longuette qui saisit la moitié inférieure du ligament large est appliquée sur une traînée de tissu cancéreux dont la présence n'avait pas été reconnue. Deux mois après le retour de l'opérée à Troyes, reprise des douleurs et aggravation de l'état général. Il s'agit là, non d'une récidive survenue après une rémission franche, mais d'une continuation pure et simple du mal, dont l'extension avait échappé. »

2° « D'une femme de 23 ans. L'utérus était encore mobile, mais il y avait comme une bride cancéreuse qui relevait le col utérin à la base du ligament large gauche. La pince longuette destinée à saisir l'utérine fut placée sur le tissu cancéreux. L'opération eut des suites bénignes ; mais au bout de quelque temps, la malade se remit à souffrir, devint peu à peu cachectique et mourut au bout de quatre mois. »

Observation XII

(Observation communiquée à la *Société anatomique*, par les docteurs Rémy et G. Bonnet)

Epithélioma cylindrique de l'S iliaque chez une femme de 22 ans. Obstruction complète par un corps étranger

Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, femme de ménage, n'ayant jamais présenté d'autre antécédent pathologique qu'une hernie inguinale gauche dont elle s'aperçut à l'âge de 17 ans ; cette hernie avait donné lieu au commencement de l'année 1898, à quelques symptômes de péritonisme, dus à un début d'étranglement dont un taxis modéré eut facilement raison. Cette femme est envoyée à l'infirmerie de la maison de Nanterre le 6 décembre 1898, pour une obstruction intestinale, datant d'une semaine, sans constipation ni diarrhée an-

térieures. A son entrée, la malade présente un état général relativement satisfaisant, quoique les traits soient légèrement tirés ; le pouls est à 84, assez fort. Le ventre est ballonné ; la palpation provoque des gargouillements et des douleurs dans la fosse iliaque gauche ; on remarque une légère tuméfaction au même niveau. Le toucher rectal ne donne aucun renseignement.

Le toucher vaginal fait sentir un utérus de volume normal et facilement mobilisable ; par le cul-de-sac latéral gauche, on arrive sur une tumeur dure, cylindrique, du diamètre de l'intestin et très douloureuse à la palpation. La cause de l'obstruction restant obscure, on administre à la malade une purgation, puis une entéroclyse qui restent sans résultat ; quelques gaz sont évacués. Température, 37°5 ; pouls, 90. La laparotomie est décidée pour le lendemain matin, 7 décembre et pratiquée par M. Rémy. A l'ouverture du ventre on voit des anses intestinales distendues et congestionnées ; tout l'intestin grêle, le côlon et le cœcum eurent le même aspect. L'S iliaque dans le point où le toucher vaginal faisait sentir une tumeur, présente un étranglement de consistance dure, s'étendant sur une longueur de 4 à 5 centimètres, sans apparence inflammatoire. Il n'y avait pas de ganglions mésentériques.

On porte le diagnostic de ganglion néoplasique et on résèque environ 8 centimètres d'intestin en dépassant en haut et en bas de 2 centimètres à peu près la partie rétrécie. On pratique la réunion circulaire par le bouton de Murphy de 27 millimètres, en assurant, par une suture séro-séreuse, l'étanchéité de l'intestin au niveau de cette anastomose, puis on referme la paroi. Le lendemain, 8 décembre, la malade n'a pas eu encore d'évacuation intestinale.

Matin : température, 38°5 ; pouls, 112.

Soir : température, 39°4 ; pouls 150.

Le ventre est ballonné, la face est grippée, le pouls misérable ; le hoquet est survenu, puis des vomissements noirâtres, pas franchement fécaloïdes. En présence de ces symptômes, constatant que l'obstruction n'a pas été levée par l'intervention nous pensons que le bouton de Murphy fait obstacle à son tour, et pour parer tant au danger de la pression des matières à ce niveau qu'aux accidents dus à l'obstruction elle-même, nous croyons utile le 8, à 6 heures du soir, d'ouvrir une voie au contenu intestinal et nous nous décidons à pratiquer un anus iliaque.

Mais à l'incision du péritoine, nous constatons l'issue de gaz et d'un peu de liquide louche : la séreuse est injectée. Nous nous trouvons donc en face d'une péritonite déjà à la période d'état ; et jugeant inutile de tenter une désinfection qui ne pourrait être qu'illusoire, nous nous hâtons de terminer l'opération, la malade étant d'ailleurs dans un état assez inquiétant.

L'anus iliaque fonctionne de façon normale et donne issue à d'abondantes évacuations, mais les vomissements continuèrent ainsi que les autres symptômes péritonéaux ; le pouls devint filiforme et la mort survint le lendemain, 9 décembre, à 5 heures du matin. *A l'autopsie*, nous trouvâmes une péritonite purulente généralisée avec fausses membranes agglutinant les anses intestinales. Au niveau de la portion réséquée, un point de suture a déchiré la paroi intestinale et ouvert une voie entre elle et le bouton de Murphy ; plus haut existe une autre petite perforation.

Le bouton de Murphy est obstrué par un bouchon fécal de consistance pâteuse, qui en oblitère complètement la lumière et n'a pu parvenir jusque dans le bout inférieur de l'intestin.

Là est évidemment l'obstacle au cours des matières. Si nous passons maintenant à l'examen de la partie réséquée, nous constatons d'abord en l'incisant, que son calibre, déjà

fortement réduit par le néoplasme, est totalement obstrué par un fragment d'os en forme de coin qui joue le rôle d'un véritable clapet. La malade, interrogée à ce sujet, n'avait aucun souvenir d'avoir ingéré pareil corps étranger.

L'examen histologique montre que le néoplasme en question est un épithéliome cylindrique typique.

Observation XIII

(L. Dular, *Société d'anatomie*, 1879, p. 645-650. Obs. résumée. Obs. CXCV. Thèse d'Hausmann)

Carcinome de colloïde de l'S iliaque chez un jeune homme de 19 ans

Chartron Georges, 19 ans, tapissier, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 29 octobre, salle Saint-Lazare, numéro 18, service du docteur Dujardin-Beaumetz.

Jusqu'au 15 août 1879 il a toujours joui d'une excellente santé ; dans la nuit, à cette époque, il est réveillé par des douleurs de ventre très vives, et bientôt il est pris de vomissements et de diarrhée. Les douleurs, généralisées dans tout l'abdomen, présentent néanmoins plus d'acuité dans le flanc droit. Ces divers phénomènes s'apaisent le lendemain ; il garde la chambre 24 heures, puis reprend son travail. Du 17 août au 10 octobre, santé assez bonne, douleurs abdominales vagues. Il va journellement à la garde-robe, le plus souvent en diarrhée. A partir du 10 octobre, constipation, d'abord combattue efficacement par les purgatifs, mais à partir du 16, de plus en plus tenace et accompagnée de nausées et de douleurs violentes dans l'abdomen. Depuis le 23, il ne rend même plus de gaz par l'anus ; le 29 il entre à l'hôpital.

Jeune homme pâle, très amaigri, traits tirés, yeux excavés. Ventre ballonné, donne à la percussion un son tympanique. La tension de la paroi abdominale empêche toute exploration

profonde. L'attouchement de l'abdomen éveille dans l'intestin des contractions qui semblent dessiner à l'intérieur la plus grande partie du gros intestin, le côlon ascendant, transverse et descendant. La paroi abdominale antérieure circonscrite par ces portions intestinales, saillantes, ressemble à un cadre dont l'intérieur un peu déprimé répond aux régions ombilicale et hypogastrique. La palpation ne fait reconnaître aucun point plus particulièrement douloureux ; elle ne permet de constater ni empâtement, ni résistance. On fait le diagnostic d'obstruction intestinale : et étant donné que par le toucher rectal et l'exploration à l'aide de sondes on ne trouve aucune lésion du rectum ; étant donné, d'autre part, la forme de l'abdomen, les contractions intestinales signalées plus haut, on s'arrête à l'idée que la lésion doit siéger à l'S iliaque. Quant à la nature de la lésion, on pense qu'elle doit être de marche chronique étant donnés les premiers symptômes apparus il y a deux mois et demi. Cependant pendant deux mois la santé du malade n'a pas été trop mauvaise. Aussi, tout en écartant l'invagination et le volvulus, fit-on des réserves pour la présence d'une bride sur laquelle l'intestin serait venu s'étrangler progressivement. On pense à une affection d'origine tuberculeuse ou cancéreuse, bien que l'absence de signes pulmonaires soit contre la première, et le jeune âge du sujet contre la seconde. L'obstacle ne pouvant être vaincu et l'état du malade empirant, on fait la laparotomie le 30. A l'aide d'une main introduite dans la cavité abdominale, on reconnaît dans la fosse iliaque gauche une tumeur ayant le volume d'une grosse noix, englobant l'intestin et paraissant avoir contracté quelques adhérences avec les parties profondes, car on ne peut pas la mobiliser et l'attirer vers l'extérieur. M. Perrier pratique aussitôt un anus contre nature au niveau de la portion inférieure du côlon descendant. Issue d'une grande quantité de matières fécales. La journée du 30 est bonne. Dans la nuit il survient

quelques vomissements. Le 31, à 8 heures du matin : moyenne 38°6 ; à 10 heures, les extrémités se refroidissent ; cyanose, pouls petit, précipité ; mort dans le collapsus.

Autopsie. — La tumeur occupe la partie moyenne de l'S iliaque du côlon. Elle repose sur la fosse iliaque gauche aux parties inférieures de laquelle elle adhère (péritonite localisée). La tumeur a le volume d'un gros œuf de poule ; elle mesure 6 centimètres sur 45 millimètres et englobe toute la circonférence de l'intestin. Sa consistance est dure et uniforme. L'anus contre nature s'ouvre immédiatement au-dessus de son extrémité supérieure qui est dilatée et pleine de mucus et de matières fécales. Des liquides versés par l'extrémité supérieure ne passent pas par l'extrémité inférieure.

A l'examen microscopique, on remarque qu'il s'agit d'un carcinome colloïde type. Rien dans les ganglions lombaires et iliaques ; rien dans les autres viscères.

Observation XIV

(Eastman). Obs. XXXV, thèse de Louart

Cancer du côlon descendant

Mme B..., 20 ans, mère d'un enfant de huit mois. Mauvais état général. Après la naissance de son enfant, constipation opiniâtre avec obstruction presque complète. On note une tumeur dans la région inguinale gauche.

Toucher vaginal. — Ovaire droit augmenté de volume et sensible. La tumeur iliaque semble être en connexion avec l'utérus sur l'abdomen ; la tumeur ne peut être délimitée que difficilement.

Opération le 27 septembre 1887. — Incision sur la ligne médiane. L'ovaire droit, du volume d'un œuf de poule, est enlevé.

La tumeur de la fosse iliaque gauche, située au-dessus du plancher pelvien et se trouvant dans le haut de l'incision, appartenait au côlon descendant. Elle était développée sur la partie du côlon située juste au-dessus de l'anse sigmoïde.

La résection décidée, l'intestin est réséqué deux pouces au-dessus et deux pouces au-dessous de la lésion ; on ne résèque pas le mésentère. La partie excisée mesure huit pouces. Les bouts de l'intestin sont réunis par une suture de Lembert, suture à la soie ; chaque suture comprend la tunique musculaire et la sous-muqueuse de la paroi intestinale. On fit l'épreuve des gaz avec l'appareil de Bergeon et on dut ainsi pratiquer de nouvelles sutures jusqu'à ce que le gaz ne s'échappât plus par la plaie. Tube en verre laissé dans la cavité abdominale pour le drainage. Petit shock opératoire. Température très élevée pendant quelques jours : 99°3/5 F. L'intestin fonctionne régulièrement à partir du quatrième jour. Au dizième jour, la malade peut se promener et marcher. Au bout de cinq semaines, la malade retournait chez elle ; si favorable était la convalescence que le diagnostic de cancer, qui avait été fait, pouvait être mis en doute. Quand la malade cessa d'aller bien, le docteur Eastman fut demandé pour la visiter. Elle vomissait, était épuisée, avait de l'ascite. Eastman fit une ponction et deux jours après une incision dans l'abdomen pour se rendre compte de la lésion. L'état de l'intestin était normal. Du pédicule de l'ovaire enlevé pendait une masse végétante aussi volumineuse que la première, qui ne laissa aucun doute sur sa nature cancéreuse.

Examen histologique. — Carcinome de la variété cylindrique. La malade mourut quatre jours après. L'autopsie ne fut pas faite. L'examen fait avant la mort la rendait inutile, puisque l'intestin suturé, le mésentère, l'utérus, le pédicule de l'ovaire avec son augmentation de volume furent suffisamment

examinés pour affirmer que la malade mourut de l'extension de la lésion et que la réunion intestinale était parfaite.

Observation XV

(Laubie et Carles *Journal de médecine de Bordeaux*, 1898, p. 46, n° 4)

Epithélioma de l'intestin. Double entérorraphie

Jeune fille, 25 ans. Pas d'antécédents héréditaires notables. Depuis un an présente une tumeur abdominale. Depuis un an elle est nerveuse, se fatigue facilement, maigrit et pâlit ; puis elle découvre un jour, dans son côté droit, une masse grosse comme une noix, mobile sous le doigt. Depuis lors elle ne fit que grossir et atteignit rapidement le volume d'une grosse orange. La malade maigrit et s'affaiblit de plus en plus. Pas de troubles digestifs, pas de méloena, ni de signes d'obstruction intestinale. Par le palper on dénote la présence d'une tumeur grosse comme une orange, très mobile dans le sens transversal et longitudinal ; située de chaque côté de la ligne médiane, elle s'étend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, à cinq au-dessus du pubis. Au toucher vaginal, on constate l'indépendance de la tumeur avec les organes génitaux. Pas de douleur à la pression.

Diagnostic. — Tumeur intestinale.

Laparotomie. — On trouve un gros néoplasme adhérent à deux anses intestinales. Résection d'une anse d'intestin grêle et d'une portion du côlon transverse. Deux plans de suture sont successivement faits pour l'intestin grêle et le côlon. Fistule stercorale consécutive. Marche vers la guérison.

Examen histologique. — Epithélioma.

Observation XVI

(Gros, *Gazette des Hôpitaux*, 1852. 20 mars. Obs. IX. Th. de Bacque)

Rétrécissement cancéreux du côlon descendant)

Homme de 24 ans, tisserand, alcoolique. Jouit d'habitude d'une excellente santé. Le 19 février 1852, dans la nuit, il est pris de vomissements. Les symptômes d'occlusion vont croissant ; ni les lavements, ni les purgatifs ne peuvent amener l'évacuation des selles. Une sonde introduite par l'anus est arrêtée à l'S iliaque. Le 29, c'est-à-dire deux jours après, vomissement stercoraux ; pouls filiforme, sueurs froides Mort.

A l'autopsie, on trouve au milieu du côlon descendant un bourrelet dur, calleux, long de 0m07 environ, qui bouche complètement le calibre de l'intestin.

Examen microscopique : fibres enchevêtrées, renfermant dans leurs interstices des cellules épithéliales et des cellules embryonnaires.

Observation XVII

P. Spendler, *München. med Wochenschr.*, 2 janvier 1893, n° 1, p. 3. Obs. XXI. Thèse de Lardennois)

Carcinome du cœcum. Entérorraphie latéro-terminale. Guérison

Jeune femme de 22 ans, souffrant depuis longtemps d'une constipation opiniâtre, mais avec état général bon ; aucune tare héréditaire. Au mois de mars 1892, elle ressentit pour la première fois de violentes douleurs dans la région abdominale droite. Elles survenaient le matin et étaient violentes à ce point que la malade était obligée de se coucher. Elle garda le lit

pendant vingt jours, sans fièvre ni vomissements. Un mois après la patiente eut un nouvel accès qui se manifesta brusquement, mais ne dura que trois jours. Ces douleurs persistaient alors à l'état permanent dans la région cœcale. Durant les époques menstruelles, qui étaient normales et indolores, la tumeur n'augmentait pas. L'examen extérieur de la région cœcale y décélait l'existence d'une tumeur mobile, se prolongeant vers le bas, lisse et dure.

Opération. — Cœcum adhérent à la paroi abdominale antérieure. Le cœcum est transformé en une tumeur dure, ayant déjà envahi l'appendice, englobant une partie de l'iléon, le commencement du côlon ascendant et se prolongeant par le même côlon jusqu'à la racine du mésentère, en s'amincissant graduellement. Après une ligature partielle du mésentère, on extirpa cette partie du néoplasme et on sutura le mésentère. A partir de ce moment, la tumeur fut assez mobile pour être tirée au dehors. Pas d'engorgement des ganglions mésentériques. Guérison au bout d'un mois.

Examen de la pièce. — Le néoplasme a commencé par la valvule de Bauhin où on a trouvé les plus anciennes lésions. C'était une tumeur annulaire. La lumière de l'intestin admettait un crayon.

Examen microscopique : *carcinome.*

Observation XVIII

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)
Epithélioma du rectum chez une jeune fille de 26 ans

Demoiselle X..., née le 27 novembre 1876.

Les antécédents héréditaires ne présentent pas grand intérêt. Le père a une excellente santé. La mère est un peu frêle, avec une luxation congénitale gauche ; mais elle est rarement malade.

Un frère, âgé de 30 ans, a fait son service militaire. Jouit d'un excellent état de santé.

La malade, blonde, lymphatique, a toujours été délicate et anémique, mais n'est pas sujette à s'enrhumer.

Vers l'âge de 3 ans, elle a eu la rougeole ; à 12 ans, la scarlatine, sans aucune grave complication.

Elle a été réglée à 15 ans, toujours régulièrement : règles peu abondantes, de 4 à 5 jours de durée, sans douleurs. Pertes blanches dans l'intervalle.

Elle a toujours été constipée, restant souvent 7 à 8 jours sans aller à la garde-robe, et presque toujours après un ou plusieurs lavements. Cette constipation n'a jamais cessé, et elle a même des tendances à s'aggraver avec l'âge. Les selles, toujours rares, deviennent douloureuses et accompagnées de glaires, souvent d'un peu de sang.

Au commencement de l'année 1902, les selles sont si rares, la défacation si douloureuse que l'état de la malade s'en ressent physiquement et même moralement : perte de l'appétit, digestions difficiles ; teint plus pâle ; inquiétude et tristesse.

Alors les parents accompagnent la malade à Montpellier pour consulter le Dr X... qui conseille l'usage de laxatifs doux : lavements huileux ; alimentation végétarienne ; drap mouillé tous les matins, et exercice en plein air, dans la campagne. Ce traitement n'amène aucune amélioration, et la malade revient, au mois de juin 1902, à la consultation du Dr X... Diagnostic ; Colite pseudo-membraneuse, et il conseille une saison à Brides.

Départ le 20 juillet 1902. Pendant toute la durée du séjour à Brides, l'état de la malade s'améliore rapidement. L'appétit revient, et avec l'appêtit les forces et la gaieté. Les selles deviennent quotidiennes, faciles, indolores. La malade, contente, fait de longues promenades ; elle écrit à ses parents des lettres joyeuses annonçant sa guérison.

A son retour, vers le 15 août, elle paraît absolument transformée, tant a été grande l'amélioration. Mais ce bien-être est de courte durée. La constipation recommence et avec elle les souffrances de la défécation, les épreintes incessantes, et toutes les misères physiques et morales qui accompagnent cet état, à un tel point que, au commencement du mois de septembre, ne pouvant expliquer les atroces souffrances de cette jeune malade, le médecin traitant demande à pratiquer un examen par le toucher rectal. Cet examen lui permet de constater facilement que la constipation, véritable obstruction, est due à une tumeur du rectum. Mais de quelle nature, cette tumeur ? Etant donné l'âge de la jeune fille (26 ans), notre confrère n'osa se prononcer.

Il conseille aux parents d'accompagner la malade à Montpellier, et le 25 septembre 1902 il m'a été donné de l'examiner. Il s'agit d'un *carcinome du rectum* ; et cette affection est ici remarquable à un double titre. D'abord, elle se présente chez un jeune sujet, et c'est un cas rare à joindre à ceux des carcinomes chez les jeunes. En second lieu, je crois pouvoir affirmer que cette localisation carcinomateuse a évolué au niveau d'un rétrécissement congénital du rectum. En effet, le doigt rencontrait, au haut de l'ampoule, un véritable diaphragme circulaire ; et ce n'était point le contour inférieur d'une virole néoplasique comme on en rencontre. C'était une véritable bride annulaire, que le doigt, ayant franchi le diaphragme, pouvait accrocher au retour et qu'il appréciait, en quelques points où la disposition primitive paraissait conservée, comme une valve annulaire, charnue, encore souple par places (en avant surtout) et au contraire infiltrée en arrière, d'une épaisseur de quelques millimètres aux points les moins transformés. Cette bride (qui a toujours occasionné des difficultés de défécation bien notées par les parents) a servi de point d'appel pour le carcinome qui s'est développé à sa

base, en avant sous la forme d'une infiltration, irrégulièrement limitée, de 2 à 3 centimètres de largeur ; en arrière sous la forme d'une masse plus étendue, se prolongeant dans les côtés, déjà ulcérée au-dessus de la stricture, et siège d'une sécrétion fétide, pyo-stercorale.

Que faire ? L'ablation aurait peut-être pu être tentée ; mais il fallait s'attendre à de grosses difficultés en avant, dans la cloison recto-vaginale, l'infiltration carcinomateuse l'occupant en presque totale épaisseur et se prolongeant en haut dans le plan utéro-rectal ; en arrière aussi il fallait prévoir des adhérences par coulées néoplasiques. Donc intervention difficile et périlleuse, mais non irréalisable. Faire un anus iliaque ? Ce n'eût été qu'un palliatif et dégoûtant ; mais on aurait pu en faire le premier acte de l'extirpation.

Toute intervention fut cependant refusée et par la malade et par la famille. Je conseillai alors le traitement suivant qui m'a donné de remarquables prolongations et qui fut aussitôt commencé :

Matin et soir avec la sonde Delamotte à double courant, faire passer dans le rectum (ayant soin de dépasser la stricture) un litre d'eau bouillie dans laquelle on aura fait infuser :

Racine de Condurango : 2 gr. et dissoudre un des paquets suivants :

Borate de soude	6 gr.
Chlorate de soude	5 gr.
Benzoate de soude	2 gr.
Antipyrine	1 gr.

Le *soir*, après le lavement, introduire dans le rectum un suppositoire (mou).

Beurre de cacao .... 4 gr.
Résorcine .... 1 gr.
Baume du Pérou .... 1 gr. 50
Antipyrine .... 1 gr.

Pendant seize mois les souffrances sont atroces ; épreintes, envies fréquentes d'aller à la selle, avec sensation d'un corps étranger à expulser ; crises de plus en plus douloureuses que les injections sous-cutanées de morphine parviennent à peine à calmer un moment.

Dans le courant du mois de février 1903, perforation de la cloison recto-vaginale, sans hémorragie.

La brèche recto-vaginale va s'agrandissant rapidement, à tel point que vers le mois de juillet toutes les matières fécales passent par le vagin et sortent par la vulve. Rien ne passe par l'anus.

La mort survint seulement le 2 février au milieu d'atroces souffrances.

Observation XIX

(Guinard)

B. L..., 22 ans.

Anus iliaque le 28 février 1896.

Le 16 mars 1896. On procède à l'extirpation du rectum qu'on enlève comme toute autre tumeur.

Longue incision sur le raphé médian. Résection de tout le coccyx.

Incision de tout le rectum en arrière.

Cette incision donne jour sur la tumeur à laquelle une ulcération à bords indurés, descendant jusqu'à l'anus, donne un aspect de caverne. Ablation par morcellement. Plaie laissée béante et tamponnée.

L'examen pratiqué par Monsieur Pilliet a montré qu'il s'agissait d'un épithélioma d'origine cutanée à globes épidermiques et dont les boyaux pullulant présentent des cellules d'une activité remarquable. Donc tumeur très maligne.

Observation XX

(Résumé)

(Chaput, *Société de Chirurgie*, 1894. Dans un travail sur le traitement des anus contre nature)

Carcinome de l'S iliaque

Laure P..., âgée de 26 ans, a eu à 16 ans un érysipèle de la face.

A 21 ans elle a accouché normalement ; les suites de couches ont été très simples. Depuis six ans, elle accuse des douleurs au moment des règles, siégeant dans le bas-ventre. Ces douleurs s'accompagnent de besoins fréquents d'aller à la selle. La malade a aussi depuis cette époque des pertes blanches plus abondantes. Depuis un an et demi, les douleurs sont devenues beaucoup plus vives avec irradiations dans les reins, les cuisses et les fosses iliaques, surtout pendant la période menstruelle. Les règles durent trois jours seulement et sont peu abondantes. L'appétit est diminué ; la malade présente des signes de dyspepsie flatulente. Elle a fréquemment de la diarrhée. Rien au poumon ni au cœur, pas d'amaigrissement, pas d'albuminurie. L'examen physique montre un utérus de volume normal, antéfléchi, mobile. On trouve dans les culs-de-sac vaginaux, à gauche, une masse salpingienne, du volume d'un œuf de poule, se continuant avec un empâtement considérable de la fosse iliaque ; à droite, tumeur moins volumineuse. On fait le diagnostic de salpingite.

Opération, le 30 juillet 1891. — Laparotomie médiane.

A droite et à gauche, les ovaires sont petits et les trompes immenses violacées, reliées par des adhérences à l'ovaire et aux organes voisins.

Salpingectomie double.

On trouve sur l'S iliaque une tumeur énorme du volume d'un œuf d'oie, constitué par un cancer de cet organe. Le gros intestin est coupé entre deux pinces, au-dessus et au-dessous de la tumeur. L'opération est pénible à cause des masses graineuses volumineuses qui recouvrent l'intestin et qui saignent considérablement. Après l'ablation de la tumeur on s'aperçoit que les deux bouts ne peuvent qu'avec peine être amenés en contact ; leur muqueuse a pris sous l'influence de la compression par les pinces une teinte apoplectique. On établit un anus contre nature en fixant les deux bouts à la peau.

Examen. — Les trompes enlevées présentent des lésions de salpingite catarrhale ; les franges du pavillon sont hypertrophiées, l'orifice abdominal est perméable. La tumeur intestinale est constituée par un cancer végétant qui a rétréci immédiatement l'intestin ; elle pèse 180 grammes.

La malade guérit de cette intervention.

Dans la suite on ferme l'anus contre nature par excision losangique. Les sutures sont tiraillées et insuffisantes. La malade meurt le 24 octobre ; on trouve à l'autopsie une péritonite aiguë.

Observation XXI

(Mac Cosh)

Femme, âgée de 20 ans. Depuis un an, douleurs rectales et constipation opiniâtre. Depuis 3 mois se cachectise et perd ses forces.

A l'examen du rectum, on trouve sur la paroi antérieure, juste au-dessus du sphincter, une ulcération ovale à base in-

durée et à centre excavé ; son grand diamètre est environ de 5 centimètres.

Au toucher vaginal on sent très haut une petite tumeur fibreuse.

Opération, le 16 avril 1891. — Position de la taille. Le périnée est incisé transversalement en arrière de la paroi postérieure vaginale. L'incision circonscrit l'anus et va en arrière de la partie inférieure du sacrum. Le coccyx est excisé.

La partie inférieure du rectum est entourée par une ligature. Les 5 centimètres inférieurs de la paroi vaginale postérieure adhérant à la tumeur sont enlevés avec elle. La cavité péritonéale est ouverte et ce qu'on avait pris pour un fibrome du fond de l'utérus se trouve être une masse cancéreuse adhérant au fond de l'utérus. Le rectum est facilement disséqué en arrière ; le méso-rectum est sectionné sur une étendue de deux doigts. Plusieurs ganglions sont enlevés. Le rectum attiré en bas est sectionné à 15 centimètres au-dessus de l'anus.

Suture du rectum à la partie moyenne de la plaie périnéale qui est suturée en avant et en arrière et drainée avec la gaze iodoformée. Réunion par première intention. Guérison parfaite. Résultat excellent. Quand la malade quitte l'hôpital, un mois après, incontinence complète, même pour les gaz.

Pendant six mois, santé excellente ; pas de signe de récidive.

Au bout de six mois, métastase hépatique et mort neuf mois après l'opération avec ascite. Dans ce cas la colotomie aurait donné la même survie, mais dans des conditions bien moins bonnes.

Observation XXII

(O. Fœderl, 1891)

Dessinateur... 21 ans. Le début de la maladie remontait à 5 mois. Cancer du rectum situé à 3 travers de doigt au-dessus de l'anus annulaire. Il est impossible de préciser les limites supérieures à cause du rétrécissement. Résection en biais du sacrum au-dessous du 4e trou sacré postérieur. Drainage du péritoine. Suture circulaire. Cathétérisme pendant les deux premiers jours. Le troisième jour, au moment de la défécation, rupture à la partie postérieure de la suture.

Fistule. Le malade fait un séjour de 69 jours à l'hôpital La fistule persiste jusqu'à la septième semaine. Un mois après l'opération, léger rétrécissement. Continence très imparfaite.

Mort dix mois après l'opération de carcinome intestinal.

Observation XXIII

(O. Fœderl, 1892)

Professeur, âgé de 27 ans. Le malade souffre depuis 5 mois d'un cancer du rectum situé à 4 centimètres au-dessus de l'anus produisant un rétrécissement perméable du doigt : la limite supérieure ne peut être atteinte. Résection en biais du sacrum au-dessous du 4e trou postérieur. Drainage du péritoine. Résection de 10 centimètres d'intestin. Le carcinome s'étendait jusqu'au cul-de-sac péritonéal. Suture circulaire. Urine spontanément au bout du 5e jour. A la fin de la première semaine légère déhiscence à la partie postérieure de la

suture. Le malade reste 24 jours. Jusqu'à la fin de la deuxième semaine légère faiblesse du sphincter anal. Plus tard entière continence. Dix-huit mois sans récidive. Quelques mois plus tard récidive inopérable. Continence absolue.

Au bout de un an, augmentation de poids de 8 kilogrammes.

Observation XXIV

(Richelot)

Cancer du rectum très adhérent. Opération par la voie sacrée. Suture circulaire. Mort par infection stercorale

J. B..., 23 ans, chaudronier, entré à l'hôpital Tenon, en juillet 1891. Il y a un an qu'il a des envies fréquentes et de la difficulté à aller à la garde-robe, des selles diarrhéiques ou teintées de sang. Il a souffert beaucoup au commencement de 1891 au moment d'une crise d'obstruction intestinale. Mais il survint une débâcle accompagnée d'une hémorragie très abondante.

On sent au toucher une masse volumineuse, bosselée, anfractueuse, occupant tout le pourtour de l'anus, commençant à 5 centimètres de l'anus remontant très haut. Le doigt ne peut atteindre la limite supérieure.

Opération, 23 *juillet* 1891. — Incision cutanée partant à 3 centimètres en arrière de l'anus, suivant la ligne médiane jusqu'au-dessus du coccyx et se déviant alors à gauche, longue en tout de 10 à 12 centimètres.

Résection du coccyx et de la partie inférieure gauche du sacrum. On tombe sur une tumeur volumineuse, adhérente non seulement au cul-de-sac péritonéal, mais à la vessie, aux vésicules séminales et aux canaux déférents. L'extirpation fut excessivement laborieuse. On eut beaucoup de peine à séparer la tumeur des vésicules séminales. Le canal déférent droit

fut coupé. Il fallut aller chercher dans le méso-cæcum une foule de petits ganglions. Après l'ablation de la tumeur le bout supérieur fut abaissé, la lèvre antérieure de la déchirure péritonéale fut suturée à l'intestin.

On put suturer le bout supérieur au bout inférieur.

L'opération avait duré 2 h. 1/4.

La suture ne tint pas ; la plaie fut infectée et les matières fécales sortirent par un orifice qu'on avait laissé pour le drainage.

L'opéré s'affaiblit très rapidement et mourut le dixième jour. On trouve, à l'autopsie, un foyer stercoral en arrière de l'intestin, mais un foyer assez limité. Il n'y avait pas de péritonite. Il y avait une pyélo-néphrite du rein gauche, pyélo-néphrite suppurée qui existait probablement avant l'opération.

Observation XXV

(Czerny)

G. B..., homme, 25 ans. Début de la maladie : six mois. Cancer du rectum envahissant l'anus. Tumeur inaccessible, immobile.

Opération, le 3 mars 1890. — Résection transversale.

Péritoine ouvert, suturé. Longueur de l'intestin réséqué : 11 centimètres. Anus sacré.

Mort au commencement de 1891.

Observation XXVI

(Czerny)

M. B..., homme, 27 ans. Souffre depuis 9 mois d'un cancer du rectum, situé à 2 centimètres au-dessus du sphincter. Tumeur accessible, légèrement mobile.

Opération, le 19 *avril* 1890. — Résection transversale. Péritoine intact. Anus sacré.

Bonne guérison. Incontinence.

Malade a pris du poids. Sans récidive.

Léger prolapsus du rectum.

Observation XXVII

(Gaetano-Mazzoni)

Femme..., 21 ans. Santé très bonne jusqu'à il y a dix mois. Douleurs intenses pendant les garde-robes. Selles dures, muco-sanguinolentes. Elles sont irrégulières. Il y a cinq mois, elle consultait un médecin qui trouvait dans le rectum une lésion ulcéreuse qu'il curettait. Soulagement immédiat, mais de peu de durée. En effet, 3 ou 4 semaines après, les douleurs deviennent continuelles, tantôt aiguës, tantôt brûlantes, et parfois si intenses qu'elles empêchent la malade de dormir.

Toucher. — Autour de l'anus, la muqueuse est saine. Pas de contraction exagérée du sphincter.

Lorsque la malade pousse et que l'ouverture anale se dilate légèrement, on voit comme un cercle relevé, ulcéré, qui se détache de la muqueuse sphinctérienne. On trouve immédiatement au-dessous du sphincter une tumeur dure, à bords irréguliers, avec une excavation centrale en forme de cratère, tumeur qui laisse à peine libre à droite le quart du rectum. Limites supérieures difficiles à atteindre. L'examen est très douloureux et cause une abondante sécrétion muco-sanguinolente. Dans la paroi postérieure du rectum, à 2 centimètres environ de la tumeur, on trouve un nodule de la grosseur d'une cerise et plus haut un autre petit nodule dur, mobile, qui ne semble pas adhérer à la muqueuse.

Diagnostic : épithélioma alvéolaire, avec dégénérescence étendue de la muqueuse.

Observation XXVIII

(O. Fœderl, 1892)

Femme..., 25 ans. Début de la maladie : deux mois, quinze jours. Cancer du rectum situé à 3 centimètres au-dessus de l'anus, attaquant la paroi antérieure droite du rectum.

Résection oblique du sacrum au-dessous du quatrième trou sacré postérieur. Drainage du péritoine. Anus sacré. Collapsus.

Mort peu de temps après l'opération.

Autopsie. — Anémie, métastase dans les poumons, dans les ganglions lymphatiques rétro-péritonéaux et dans les ovaires.

Observation XXIX

(O. Fœderl, 1892)

Ouvrier..., 27 ans. Début de la maladie : 3 mois. Cancer du rectum immédiatement au-dessus de l'anus, circulaire ; limite supérieure peu nette à cause de la constriction.

Ganglions inguinaux enflés. Résection oblique du sacrum au-dessous du quatrième trou sacré postérieur. Drainage du péritoine. Longueur environ 15 centimètres. Anus sacré.

Le carcinome s'étendait jusqu'au repli du péritoine. Ablation de la vésicule séminale gauche. Au début, fonctionnement normal de la vessie. Le 3e jour, urine spontanément, puis incontinence urinaire.

Mort le 10e jour après l'opération.

Autopsie. — Cystite gangréneuse, carcinome des ganglions lymphatiques et du tissu cellulaire pré-sacré. L'ablation du carcinome ne fut pas radicale.

Observation XXX

(Czerny)

R. Z..., femme, 26 ans. Souffre depuis 4 mois, quinze jours. Cancer du rectum, situé à 23 centimètres au-dessus du sphincter. Tumeur ne peut être délimitée, absolument immobile.

Opération, le 26 *février* 1889. — Résection transversale.

Péritoine ouvert, suturé. Partie du vagin et petites lèvres éliminées. 12 centimètres d'intestin réséqué. Anus sacré. Troubles vésicaux. Récidive dans le petit bassin. Mort le 3 mars 1890.

Observation XXXI

(Routier)

Cancer du rectum. Opération par la voie sacrée. Suture circulaire complète. Guérison opératoire. Survie de 3 ans 1/2

C..., 29 ans, se plaint de douleurs lombaires et de pesanteur dans le bas-ventre.

Les garde-robes étaient rares, douloureuses, et souvent teintées de sang. En pratiquant le toucher rectal on sentait, à l'extrémité du doigt poussé aussi haut que possible, une tumeur dure et bosselée. La tumeur commençait à 12 centimètres environ de l'anus ; quant à sa limite supérieure il était impossible de l'apprécier.

Opération le 19 *septembre* 1889. — Incision partant de l'épine iliaque postérieure gauche, aboutissant au-dessous de la pointe du coccyx et de l'angle inférieur gauche du sacrum. Isolement du rectum en avant et en arrière. Pendant ces manœuvres, le cul-de-sac péritonéal est ouvert et aussitôt tamponné avec une éponge montée. Ligature du rectum au-des-

sus et au-dessous du néoplasme. Résection de la partie cancéreuse avec les ciseaux, tamponnement des deux bouts avec de l'ouate iodoformée. Sutures par surjet au catgut du péritoine pariétal au péritoine viscéral qui recouvre l'intestin abaissé. Double plan de sutures muco-muqueuses et musculo-musculeuses, réunissant les deux bouts de l'intestin. Réunion incomplète de la plaie cutanée et tamponnement avec de la gaze iodoformée. Le neuvième jour il s'établit une fistule donnant issue aux matières liquides. Le résultat fut satisfaisant. Le malade retrouve pour longtemps un état général excellent et son rectum se remit à fonctionner d'une façon presque normale.

27 *janvier* 1891. — Fistule fermée. Intestin fonctionne parfaitement.

5 *mars*. — Troubles digestifs.

16 *novembre* 1892. — Morte, 3 ans et deux mois après l'opération.

La muqueuse rectale est saine, mais le rectum englobé par une masse saillante à gauche, adhérente à la face postérieure et au bord de l'utérus, enveloppant l'uretère gauche qui est très développé au-dessus. Somme toute, récidive ganglionnaire.

Observation XXXII

(Cancer infiltré simulant un rétrécissement. Quénu et Hartmann. Chir. du rectum. Tome II, p. 219)

P..., 28 ans, nous est adressé par un de nos confrères. Ce malade, autrefois extrêmement robuste, s'adonnait à de fréquents exercices physiques, en particulier à l'équitation. En mai 1897, il fut pris de douleurs vagues dans l'abdomen, accompagnées de constipation opiniâtre. Ces douleurs d'abord vagues, se localisèrent dans la région rectale ; le malade eut

quelques selles diarrhéiques, rendit des glaires sanguinolentes, puis le ténesme rectal s'établit avec des envies extrêmement fréquentes d'aller à la garde-robe. Après une phase en quelque sorte aiguë, pendant laquelle il y eut des selles sanglantes, le nombre des garde-robes diminua, de même que le ténesme et il se fit un écoulement de sérosité sanguinolente. A ce moment, le malade fut examiné par le docteur Audain qui trouva le rectum, depuis l'anus jusqu'à un niveau inaccessible au doigt, épaissi, induré, déformé par des ulcérations irrégulières. On institua un traitement destiné à combattre, soit une dysenterie, soit une rectite tuberculeuse. Le malade s'améliora notablement, engraissa ; les garde-robes se faisaient régulières, lorsque le 1er janvier 1898 survinrent des signes d'occlusion intestinale.

Le malade endormi, le docteur Audain trouva le rectum rétréci dans son ensemble, donnant la sensation d'un cylindre de bois, présentant des saillies à la face interne. Une rectotomie fut faite d'une hauteur de 8 centimètres, puis la partie rétrécie sus-jacente fut dilatée avec des bougies. Une première cybale ayant été broyée, l'intestin fut ensuite débarrassé par de grandes irrigation et des injections huileuses.

Tout alla bien, mais le malade refusa de laisser passer des bougies, le docteur Audain nous l'adresse.

Nous le voyons dès les premiers jours d'avril, les garde-robes se font assez mal et sont douloureuses ; on trouve, en arrière de l'anus la brèche de la rectotomie qui n'est pas entièrement cicatrisée.

Le toucher est extrêmement douloureux, nous pensons à une rectite sténosante tuberculeuse avec engorgement ganglionnaire inguinal bilatéral.

Le 5 avril, à la suite d'une consultation avec le docteur Quénu, consultation accompagnée d'un examen sous le chloroforme, on constate l'existence d'une induration cylindri-

que, avec çà et là de petites végétations friables, et l'on réforme le diagnostic, pour adopter cleui posé par Quénu, de carcinome.

Le 12 avril 1898, établissement d'un anus iliaque par M. Hartmann. Ablation d'un ganglion inguinal.

Guérison opératoire sans incidents. L'examen histologique du ganglion montre qu'on se trouve en présence d'un épithélioma.

Le malade se trouve soulagé considérablement par cet anus iliaque, mais les lésions n'en continuent pas moins à évoluer. Il survient des hémorragies rectales assez abondantes, un écoulement séreux ; il se développe des végétations néoplasiques et des noyaux secondaires jusque sur la peau des fesses. Le malade se plaint de douleurs de compression nerveuse, et il succombe le 24 juillet 1898.

CONCLUSIONS

1° Le cancer épithélial se rencontre chez les jeunes bien plus souvent que ne l'indiquent les classiques.

2° Sa fréquence réelle avant trente ans est difficile à établir, la plupart des statistiques englobant toutes les tumeurs malignes, qu'elles soient d'origine épithéliale ou conjonctive.

3° Il est des cas où l'apparition du cancer chez les jeunes peut être expliquée par des conditions étiologiques spéciales : l'hérédité, la diathèse arthritique, le traumatisme lent et répété.

4° Au point de vue anatomo-pathologique rien de bien caractéristique ; peut-être les formes squirrheuses sont-elles d'une façon générale plus rares que les formes où prédomine l'élément épithélial.

5° La symptomatologie n'est en rien modifiée par la jeunesse du sujet.

6° Le pronostic serait rendu plus sombre et plus réservé par une évolution plus aiguë et plus rapide.

7° L'âge du sujet peut faire errer le diagnostic dont la précocité est une des conditions essentielles de succès ; en règle

générale, le microscope seul est capable de dissiper les incertitudes.

8° Quant au traitement, il reste ce qu'il doit toujours être quand il s'agit d'épithélioma : l'ablation précoce et radicale de la production morbide.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Anger — Th d'agrégation de Chirurgie, 1872.
Benoit. — Thèse de Paris, 1893.
Barleing. — Brit. med. Journ., 1899, t. II., n° 1463.
Boissier — Thèse de Montpellier, 1899-1900.
Bulletin de l'Institut Pasteur, 30 nov. 1905.
Bulletin de la Soc. Anat., 188‾, p. 757.
Courty. — Maladies des femmes.
Dictionnaire encyclopédique. — Article langue.
Duplay et Reclus. — Traité de Chirurgie, t. V.
Finet. — Thèse de Paris, 1895-96.
Forgue. — Précis de Pathologie interne, t. II.
Gros. — Gazette des hôpitaux, 1852.
Inglais. — Thèse de Lyon, 1897.
Lardennois — Thèse de Paris, 1899.
Laubie et Carles. — Journal de médecine de Bordeaux.
Le Dentu et Delbet. — Traité de Chirurgie, t. VI.
Le Gendre. — L'Hérédité et la Path. gén., *in* Path. gén. de Bouchard, p. 329.
Legueu et Baussenat. — Appendicites à forme néoplasique. *Rev. de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, avril 1898.
Louart. — Thèse de Paris, 1900.
Montpellier-Médical, 28 janvier 1906.
Pozzi. — Traité de Gynécologie.
Quénu et Hartmann. — Chirurgie du rectum, t. II.
Rafinesque. — Thèse de Paris, 1878.
Revue de Médecine, 1893.

Richelot. — Soc. de Chirurgie, 1891.
Routier. — Soc. de Chirurgie, 1894.
Rubenthaler. — Thèse de Lyon, 1895.
Semaine Médicale, 18 nov. 1905.
Société de Chirurgie, 1894.
Variot. — Journal de clinique et de thérapeutique infantiles, 1894.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 février 1906.
Le Recteur,
BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 février 1906.
Le Doyen.
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !